

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (комплексное медицинское обследование)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

«__» _____ года рождения,
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: _____

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В ОТНОШЕНИИ _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

«__» _____ года рождения,
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

проживающего по адресу: _____

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

на основании _____
(реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств:

- антропометрия, тест биоимпедансного анализа тела;
 - лабораторные методы диагностики: анализы крови: клинический, биохимический, гормональный, коагулологический, иммунологический, серологический (включая исследования на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы); группа крови и резус-фактор; клинический анализ мочи; забор биоматериала: эпителиальный соскоб уретры/цервикального канала;
 - инструментальные неинвазивные методы диагностики: ЭКГ, ЭхоКГ, холтеровское мониторирование, компьютерная спирография, нагрузочное тестирование, рентгенография легких (с 15 лет), УЗИ внутренних органов;
 - осмотры профильными специалистами: врач по спортивной медицине, врач-акушер-гинеколог, врач-дерматовенеролог, врач-кардиолог, медицинский психолог/психотерапевт, врач-невролог, врач-оториноларинголог, врач-офтальмолог, врач-стоматолог, врач-терапевт/врач-педиатр (по возрасту), врач-травматолог-ортопед, врач-хирург, врач-уролог;
 - исследование психоэмоционального статуса (в рамках осмотра медицинского психолога/психотерапевта);
 - скрининг на наличие сердечно-сосудистых заболеваний (опросники и протоколы);
 - оценка наследственных факторов риска с помощью опросников
- для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь, (ненужное зачеркнуть) в **Федеральном государственном бюджетном учреждении**

«Национальный центр спортивной медицины Федерального медико-биологического агентства».

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или непереносимости лекарственных препаратов, о перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах.

Медицинским работником, _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов указанных медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« _____ » _____ Г.
(дата оформления)