

**Информированное добровольное согласие на обследование и лечение  
в ГБУ ЦСР «Витязь»**

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ комната,  
даю информированное добровольное согласие на медицинские  
вмешательства, включенные в Перечень, утвержденный приказом МЗ РФ  
от 23.апреля 2012г. №390н, а именно:

1. опрос, сбор, жалоб, анамнеза;
2. осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация;
3. антропометрические исследования, термометрия, тонометрия;
4. лабораторные методы исследования, в т.ч. биохимические;
5. функциональные методы в т.ч. ЭКГ;
6. введение лекарственных препаратов по назначению врача, в т.ч.  
внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожное
7. гирудотерапия, иглорефлексотерапия, озонотерапия;
8. медицинский массаж;
9. лечебная физкультура;
10. физиотерапевтическое лечение, в т.ч. бальнео-, электро-, свето-,  
климатолечение.
11. стоматология

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания  
медицинской помощи, связанный с ними риск, а также предполагаемые  
результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею  
право отказаться от одного или нескольких видов медицинских  
вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их)  
прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи  
20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в  
Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии  
моего здоровья

---

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

---

(подпись)

(дата)