**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**С ОБЩИМ ПЛАНОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ**

Я , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ действующая (ий) в своих интересах либо в интересах несовершеннолетнего (ей)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р.ознакомлен(а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указывается ф.и.о. и должность сотрудника клиники)

с намеченным **мне / моему ребенку** общим планом обследования, лечения и рееабилитации.

Руководствуясь п. 6 ст. 20 ФЗ «Об охране здоровья граждан в РФ» и Приказом Министерства здравоохранения и социального развития в РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н, на весь период выбора медицинской организации и лечащего врача, для получения первично медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь, даю свое добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия;
3. Антропометрические исследования;
4. Термометрия;
5. Тонометрия;
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций;
7. Неинвазивные исследование органа слуха и слуховых функций;
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
9. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, УЗИ, ЭКГ, РЭГ, ЭЭГ, пикфлуометрия;
10. Эрготерапия;
11. Нейропсихология;
12. Психология;
13. Логопедия;
14. Психиатрия;
15. Занятия по методу «Моше Фельденкрайз»
16. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно;
17. Медицинский массаж;
18. Лечебная физкультура (спортивная медицина).
19. Авторский метод реабилитации (ИКГ)

Я подтверждаю, что мне даты в доступной форме сведения и представлена информация, которая мне понятна, а также даны полные и всесторонние разъяснения:

- о целях, методах оказания медицинской помощи и о связанном с ними риске;

- о возможных вариантах медицинского вмешательства;

- о последствиях медицинского вмешательства, в том числе вероятности развития осложнений;

- о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных часть 9 статьи 20 ФЗ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Мне понятен смысл всех терминов. У меня была возможность задавать любые вопросы, на все вопросы мною получены исчерпывающие ответы.

Мне лично были разъяснены: цель, характер, ход, объем планируемых обследований, а также: программа и план лечения и реабилитации.

Мне разъяснено, что несоблюдение медицинских указаний (рекомендаций), в том числе назначенного режима лечения или восстановления (реабилитации), может снизить качество предоставляемой услуги и повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Я подтверждаю, что сообщил(а) лечащему врачу и помогающему ему медицинскому и/или иному персоналу всю достоверную информацию, связанную с **моим** **здоровьем / здоровьем ребенка, моим / его** физическим и психическим состоянием. Последствия сокрытия информации о **моем здоровье / о здоровье моего ребенка** мне разъяснены и понятны.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

**ВРАЧ** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(Фамилия, инициалы **врача**) (подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(Фамилия пациента/законного представителя) (подпись)