



центр диагностики и лечения  
**АКАДЕМИЯ VIP**

ООО «Академия-VIP» 603000, г. Нижний Новгород, ул. Студеная, д. 57 тел./факс +7 (831) 439-77-77,  
+7 (831) 270-00-00, ИНН 5260140104, КПП 526001001, р/с 40702810242050005072, ОКПО 74441464  
в Волго-Вятского банке Сбербанка России г. Н. Новгород, к/с 30101810900000000603, БИК 042202603  
E-mail: info@academy-vip.com, сайт: www.academy-vip.com

Утверждено приказом  
Министерства  
здравоохранения  
Российской Федерации  
от 12 ноября 2021 г. N 1051н

Лицензия № Л041-01164-52/00369992 от 08.04.2020

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство/диагностику/лечение  
в ООО «Академия VIP»**

Я, \_\_\_\_\_

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

"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении (если ребенок - вписывает ребенок) \_\_\_\_\_

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

"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения медицинской помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (а именно: на проведение опроса, в том числе выявления жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, вагинальное исследование(для женщин), ректальное исследование, антропометрическое исследование, термометрию, тонометрию, забор крови для проведения лабораторных анализов, неинвазивное исследование органов слуха и слуховых функций, неинвазивное исследование органов зрения и зрительных функций, исследование нервной системы (чувствительной двигательной сферы), лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, функциональные методы исследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирографию, пневмотахиметрию, пикфлоуметрию, рэоэнцефалографию, электроэнцефалографию, кардиотокографию (для беременных); рентгенологические методы исследования, в том числе флюорография(для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования и доплерографические исследования; введения лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно, медицинский массаж) или лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

( ООО «Академия VIP» )

Медицинским работником \_\_\_\_\_

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

Медицинским работником \_\_\_\_\_

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

Медицинским работником \_\_\_\_\_

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

Медицинским работником \_\_\_\_\_

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

- Я ознакомлен(а) с распорядком работы и правилами получения медицинской помощи в ООО «Академия ВИП» и обязуюсь их соблюдать;

- Добровольно даю свое согласие на оказание мне первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи; а также на оказание мне специализированной помощи.

- Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

- Я информирован (а) в доступной форме о целях, методах, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (лицу мной предоставленному) делать во время их проведения. Я информирован (а) о возможных вариантах лечения, рисках и возможных осложнениях;

- В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнения, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

- Я извещен (-а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, не соблюдения лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение смогут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

- Я поставил (-а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- 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".

- Информирован (-а) о том, что медицинская помощь оказывается в соответствии Порядками, стандартами и клиническими рекомендациями, но иногда, в зависимости от индивидуальной клинической ситуации, пояснённой мне врачом в доступной форме, её объём может быть изменен в большую или меньшую сторону. Сроки оказания медицинской помощи зависят от клинической ситуации.

- Я ознакомлен (-а) и согласен (-а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование в предложенном объеме;

- Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (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 или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

---

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

---

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

**Срок предоставления медицинской помощи определяется по согласованию с врачом в зависимости от клинической ситуации.**

---

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

Расписался в моем присутствии:

Администратор или Медицинский работник \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)