

**ФГБОУ ВО ВолгГМУ «Клиника семейной медицины»
г. Волгоград, ул. КИМ, 20**

**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 ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

Я, _____
(Ф. И. О. гражданина)

«__» _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо 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 первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в ФГБОУ ВО ВолгГМУ Клинике семейной медицины

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 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

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),

(ФИО гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(ФИО гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(ФИО медицинского работника)

«__» _____ 20__ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПОЛУЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

«__»_____г. рождения, зарегистрированный по адресу:

Кем вдан:

даю добровольное информированное согласие на:

- обработку и использование моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, электронный адрес, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну;

- получение (рассылку) результатов лабораторных исследований на мой электронный адрес:

[illegible]

(печатными буквами)

Я понимаю, что лабораторное исследование не является диагнозом. Согласно Федеральному Закону № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» диагноз устанавливает врач, используя полную и всестороннюю информацию о пациенте: других лабораторных и инструментальных исследованиях и других данных.

Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

(подпись)

(ФИО гражданина)

«__»____20__г.
Дата оформления

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПОЛУЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ
(ДЛЯ РОДИТЕЛЯ ЛИБО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ДО 15 ЛЕТ)**

«__» _____ 20__ г.
Дата оформления

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ

Я, _____
(ФИО гражданина)

_____ года рождения, настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял решение пройти тестирование на антитела к ВИЧ.

Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови.

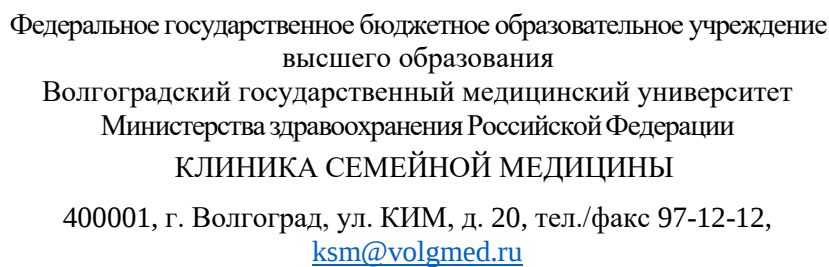
Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

Я проинформирован, что:

- тестирование по моему добровольному выбору может быть добровольным, анонимным (без предъявления документов и указания имени) или конфиденциальным (при предъявлении паспорта, результат будет известен обследуемому и лечащему врачу);
- доказательством наличия ВИЧ-инфекции является присутствие антител к ВИЧ в крови обследуемого лица. Вместе с тем, в период между заражением и появлением антител к ВИЧ (так называемое "серонегативное окно", обычно 3 месяца) при тестировании не обнаруживаются антитела к ВИЧ и обследуемое лицо может заразить других лиц;
- ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:
 - парентеральный - чаще всего при употреблении наркотиков, но может передаваться также при использовании нестерильного медицинского инструментария, переливании компонентов крови, нанесении татуировок, пирсинге зараженным инструментом, использовании чужих бритвенных и маникюрных принадлежностей;
 - при сексуальных контактах без презерватива;
 - от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

Подпись обследуемого на ВИЧ

Дата



на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию
(нужное подчеркнуть)

[illegible]

--	--	--

« _____ » _____ 20__ г.

(ФНО)

М.П медицинского учреждения



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
Волгоградский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
КЛИНИКА СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ
400001, г. Волгоград, ул. КИМ, д. 20, тел./факс 97-12-12,
ksm@volgmed.ru

ОТКАЗ ОТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)
или законный представитель пациента _____
(фамилия, имя, отчество,
реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы больного)

отказываюсь от предложенной мне (пациенту) госпитализации в _____
(наименование медицинского учреждения)

О своем (пациента) заболевании и возможных осложнениях его течения информирован(а),
рекомендации по лечению получил(а).

Я (пациент или его законный представитель) не буду иметь каких-либо претензий к лечебно-
профилактическому учреждению в случае развития негативных последствий вследствие моего
решения.

Пациент, законный представитель	_____ (подпись)	_____ (ФИО)	«__»__20__г	Время: _____
Врач	_____ (подпись)	_____ (ФИО)	«__»__20__г	Время: _____

**ФГБОУ ВО ВолгГМУ «Клиника семейной медицины»
г. Волгоград, ул. КИМ, 20**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО (ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ)**

Я, _____
(ФИО гражданина)
«___» _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

Информированное добровольное согласие на обследование и лечение в ФГБОУ ВО ВолгГМУ «Клиника семейной медицины»

Медицинским работником: _____
ФИО медицинского работника, должность

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, (*осмотр: невролога, психиатра, психотерапевта, психолога, дефектолога; диагностические исследования: УЗИ сосудов головы и шеи, ЭЭГ, РЭГ, ЭхоЭС, нейросонография, назначение медикаментозного лечения, применение немедикаментозных методов лечения – психологическая, педагогическая лекция, психотерапия, тренинг БОС; другие мероприятия, предусмотренные планом обследования и лечения*) их последствия, в том числе развитие осложнений, 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

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),

(ФИО гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(ФИО гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(ФИО медицинского работника)

«___» _____ 20__ г.



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
Волгоградский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
КЛИНИКА СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ
400001, г. Волгоград, ул. КИМ, д. 20, тел./факс 97-12-12,
ksm@volgmed.ru

Информированное добровольное согласие/отказ на вакцинацию

Я _____
(фамилия, имя, отчество — полностью)

Год рождения: _____

Проживающий(ая)
по адресу: _____

Следующий раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан

Я, паспорт _____ серия _____ номер _____

Выдан: _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

Ф.И.О. _____
(ребенка или лица,
признанного
недееспособным)

Добровольно даю свое согласие/отказ на вакцинацию меня/лица, законным представителем которого я являюсь, вакцинами:

_____ (полное название вакцины)

и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

- Мне понятен смысл и цели вакцинации.

- К моменту вакцинации у меня (представляемого) нет никаких острых жалоб на здоровье (температуры, боли, озноба, сильной слабости).

- Я понимаю, что вакцинация — это профилактическое медицинское мероприятие, которое снижает риск развития отдельных заболеваний в течение определенного промежутка времени от момента вакцинации.

- Мне ясно, и я принимаю тот факт, что после вакцинации редко могут наблюдаться реакции на прививку, которые могут быть местными (покраснение, уплотнение, боль, жжение, зуд в месте инъекции и другие) и общими (повышение температуры, недомогание, озноб и другие). Мне понятно, что крайне редко могут наблюдаться поствакцинальные осложнения (шок, аллергические реакции и другие), но вероятность возникновения таких реакций значительно ниже, чем вероятность развития неблагоприятных исходов заболеваний, для предупреждения которых производится вакцинация.

- Я осознаю, что на основании Федерального закона от 17 сентября 1998г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" отсутствие профилактических прививок влечет: запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок; временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения, в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или

при угрозе возникновения эпидемий; отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.

- Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и противопоказаниях к вакцинации.

- Я ознакомлен (ознакомлена) с мерами социальной защиты граждан при возникновении поствакцинальных осложнений.

- Я поставил (поставила) в известность медицинского работника о предшествующих вакцинациях, обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе о любых формах аллергических проявлений или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, о наличии реакций или осложнений на предшествующие введения вакцин у меня (представляемого) и ближайших родственников. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на вакцинацию.

«___»_____20__года

_____/_____
Подпись (Ф.И.О.)

Расписался в моем присутствии

_____/_____
Подпись врача (Ф.И.О.)



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
Волгоградский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
КЛИНИКА СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ
400001, г. Волгоград, ул. КИМ, д. 20, тел./факс 97-12-12,
ksm@volgmed.ru

**МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ
О ПРИНАДЛЕЖНОСТИ К МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЕ
ДЛЯ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ**

Ф.И.О. пациента	
Дата рождения	
Курс, группа, факультет	
Дата заключения	

Медицинское заключение о принадлежности к медицинской группе для занятий физической культурой выдано ФГБОУ ВО ВолгГМУ Клиникой семейной медицины: допущен (не допущен) к занятиям физической культурой (ненужное зачеркнуть) без ограничений (с ограничениями) в соответствии с медицинской группой для занятий физической культурой (ненужное зачеркнуть).

Группа здоровья:	
Медицинская группа для занятий физической культурой:	

Справка дана для предоставления по месту требования

Справка действительна до «___» _____ 20__ г.

М.П.
(треугольная печать
медицинского учреждения)

Подпись врача/расшифровка
(личная печать врача)



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

Волгоградский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения Российской Федерации

КЛИНИКА СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

4000074, г. Волгоград, ул. Козловская, д.45а тел./факс 97-12-12,

электронная почта: ksm@volgmed.ru, ksmkozlovskaya@mail.ru

Код ОГРН 1023403441380

НАПРАВЛЕНИЕ

на периодический / предварительный

медицинский осмотр*

Для
прохождения
медицинского
осмотра
направляется в:

ФГБОУ ВО ВолгГМУ «Клиника семейной медицины»
4000074, г. Волгоград, ул. **Козловская, д.45а**, тел. **97-07-41**, 97-08-40,
электронная почта: **ksmkozlovskaya@mail.ru**

1	Ф.И.О.	
2	Дата рождения:	
3	Пол работника:	
4	Номер страхового медицинского полиса обязательного и (или) добровольного медицинского страхования	
5	Поступающий на работу / работающий (нужное подчеркнуть)	
6	Структурное подразделение	
7	Должность профессия	
8	Стаж работы в том виде работы, в котором работник освидетельствуется	
9	Вид работы, в которой работник освидетельствуется:	
10	Вредные и (или) опасные производственные факторы:	
	Химические факторы:	
	Биологические факторы:	
	Аэрозоли преимущественно фиброгенного действия и пыли	
	Физические факторы:	
	Факторы трудового процесса	
	Выполняемые работы	

Специалист по охране труда

(ФИО и подпись)

*на основании приказа Приказ Минздрава РФ от 28.01.2021 N 29Н. "Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, Перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры".

При себе иметь ПАСПОРТ, ПОЛИС, СНИЛС



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

Волгоградский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения Российской Федерации

КЛИНИКА СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

4000074, г. Волгоград, ул. Козловская, д.45а тел./факс 97-12-12,

электронная почта: ksm@volgmed.ru, ksmkozlovskaya@mail.ru

Код ОГРН 1023403441380

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

предварительного / периодического

медицинского осмотра (обследования)

1	Ф.И.О.	
2	Дата рождения:	
3	Пол работника:	
4	Номер страхового медицинского полиса обязательного и (или) добровольного медицинского страхования	
5	Поступающий на работу / работающий <i>(нужное подчеркнуть)</i>	
6	Структурное подразделение	
7	Должность профессия	
9	Вид работы, в которой работник освидетельствуется:	
10	Вредные и (или) опасные производственные факторы:	
	Химические факторы:	
	Биологические факторы:	
	Аэрозоли преимущественно фиброгенного действия и пыли	
	Физические факторы:	
	Факторы трудового процесса	
	Выполняемые работы	
11	Согласно результатам проведенного предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования): не имеет / имеет медицинские противопоказания к работе с вредными и/или опасными веществами и производственными факторами, заключение дано / не дано <i>(нужное подчеркнуть)</i>	

«___» _____ 20__ года

М.П.

_____/_____
Подпись председателя врачебной комиссии (Ф.И.О.)

_____/_____
Подпись освидетельствуемого (Ф.И.О.)