

1. Адрес регистрации:

| | | | |
|--------------------|------------------|-------|-------|
| _____ | _____ | | |
| страна, субъект РФ | населённый пункт | | |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| улица | дом | кв. | корп. |

2. Изменение адреса: _____

3. Фактический адрес места жительства:

| | | | |
|--------------------|------------------|-------|-------|
| _____ | _____ | | |
| страна, субъект РФ | населённый пункт | | |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| улица | дом | кв. | корп. |

4. Изменение адреса: _____

5. Телефон: _____

6. Электронная почта: _____

7. Документ, удостоверяющий личность: *наименование:* _____

_____ *серия:* _____ *№* _____

кем выдан: _____ *дата выдачи:* _____

8. Место работы: _____ *профессия:* _____

9. Страховая организация: _____

10. Полис: ОМС: серия _____ № _____

ДМС: серия _____ № _____

11. Код категории льготы: _____

12. К кому обращаться в случае необходимости:

Ф.И.О.: _____

Телефон: _____

13. Аллергический анамнез: _____

14. Перенесённые заболевания: _____

15. Сопутствующие заболевания: _____

16. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств:

ПОЛУЧЕНО (да, нет): _____

Дата: _____ г.

17. Жалобы: _____

18. Термометрия (по показаниям): _____

19. Тонометрия (по показаниям): _____

20. Развитие настоящего заболевания (анамнез): _____

21. Внешний осмотр: _____

22. Осмотр преддверия рта: _____

23. Осмотр полости рта: _____

25. Предварительный диагноз (основное заболевание, осложнение, сопутствующая стоматологическая патология): _____

26. Рекомендуемый план комплексного обследования и лечения с учётом предварительного диагноза: _____

27. Данные обследования по основному заболеванию: _____

28. Клинический диагноз основного заболевания: _____

29. План лечения основного заболевания: _____

30. Протокол лечения: _____

**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

_____ (полное наименование медицинской организации)

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)

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

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

« _____ » _____ г.
(дата оформления)

**Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных 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)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в

_____ (полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных 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 – виды медицинских вмешательств):

_____ (наименование вида медицинского вмешательства)

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

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

“ _____ ” _____ г.
(дата оформления)

