

**ГКП «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 7» на ПХВ**

**Общее информированное добровольное  
согласие на обследование и лечение**

г. Актобе

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

Я, \_\_\_\_\_  
*Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя*  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающий по адресу:

\_\_\_\_\_  
*адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя*

ИНН \_\_\_\_\_

на основании Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 07.07.2020 № 360-VI статьи 1, пункта 1, подпункта 279) даю информированное добровольное согласие на проведение в ГКП «Городская поликлиника № 7» в соответствии с назначением врача следующих видов вмешательств:

1. Взятие крови на проведение лабораторных исследований, в т. ч. клинических, биохимических, на наличие вирусных гепатитов и инфекций, передающиеся половым путем, на наличие ВИЧ инфекции и другие.
2. Взятие мазков (зева, влагалища, уретры и прочие) для проведения лабораторных исследований
3. Функциональные методы обследования (электрокардиография, суточное мониторирование электрокардиограммы, суточное мониторирование артериального давления, спирография, аудиометрия, компьютерная ретинография, спирография, эхоэнцефалография, нейросонография, тредмилл, эхокардиоскопия и другие).
4. Эндоскопические методы исследования (ларингоскопия, гастродуоденоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия, кольпоскопия, уретроскопия и другие).
5. Рентгенологические методы обследования (флюорография, маммография, рентгенография и другие).
6. Ультразвуковые исследования
7. Парентеральное введение лекарственных веществ и вакцин (внутривенно, внутримышечно, подкожно, внутрикожно).
8. Физиотерапевтическое лечение.
9. Хирургические вмешательства.
10. Стоматологические вмешательства и другие.
11. Фото- и видеофиксацию

Необходимость других видов вмешательств мне будет разъяснено дополнительно.

Я информирован (а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что мне (представляемому) делать во время их проведения.

Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных

видов медицинского вмешательства. В то же время, мне разъяснены все возможные последствия этого шага.

Во всех случаях я не буду иметь никаких претензий.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я даю согласие на медицинское вмешательство.

Данное информированное добровольное согласие действительно с момента заключения на весь период получения медицинской помощи в условиях ГКП «Городская поликлиника № 7»

---

*Подпись, Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя*

---

*Подпись, Ф.И.О. медицинского работника*