

Факультет: \_\_\_\_\_

Главному врачу ГБУЗ РБ ГKB №5 г. Уфа

Шайхутдиновой О.В.

от гражданина (ФИО полностью) \_\_\_\_\_

Уч. группа: \_\_\_\_\_

Для студентов с 18 лет.

Дата рождения: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас прикрепить меня на медицинское обслуживание в ГБУЗ РБ ГKB №5 г. Уфа на все время обучения в \_\_\_\_\_ с 20\_\_ по 20\_\_ год.

Пол: М/Ж. Гражданство: Российская Федерация

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания: г. Уфа

Адрес регистрации (прописка): \_\_\_\_\_

Дата регистрации (прописка): \_\_\_\_\_ Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Полис обяз. мед. страх.: \_\_\_\_\_ (на лицевой стороне полиса 16 цифр)

Наименование страховой медицинской организации: \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_ (12 цифр)

СНИЛС: \_\_\_\_\_ (11 цифр)

Наименование и адрес медицинской организации (поликлиники), оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании до момента подачи заявления: \_\_\_\_\_

Дата заполнения: «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Уч. врач: \_\_\_\_\_ Главный врач (зам. глав. врача.): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства

Я, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью), "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г. рожд.

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение следующих видов медицинских вмешательств: Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрягая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщины), ректальное исследование; Антропометрические исследования; Термометрия; Тонометрия; Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно; Медицинский массаж; Лечебная физкультура, для получения первичной медико-санитарной помощи в ГБУЗ РБ ГKB №5 г. Уфа

Мне, в доступной для меня форме, 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 выше перечисленных медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 ФЗ от 21.11.2011г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".

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 веществ. Я извещен(а) о необходимости соблюдения режима в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых непрописанных препаратов. Я извещен(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Я имел(а) возможность задать любые интересующие вопросы касательно заболевания и лечения, получил(а) на них удовлетворительные ответы. С предложенным планом лечения согласен(а).

Дата: \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. Подпись гражданина или законного представителя гражданина: \_\_\_\_\_  
Медицинский работник: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

образец!

Факультет: \_\_\_\_\_

Главному врачу ГБУЗ РБ ГKB №5 г. Уфа

Уч. группа: 23 П-2

Шайхутдиновой О.В.

от гражданина (ФИО полностью) Иванов Иван Иванович

Для студентов с 18 лет.

Иванов Иван Иванович

Дата рождения: 01.01.2005г.

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу Вас прикрепить меня на медицинское обслуживание в ГБУЗ РБ ГKB №5 г. Уфа на все время обучения в колледже ПАОУ УКСИЗМ с 2023 по 2025 год.

Пол: М/Ж. Гражданство: Российская Федерация

Паспорт: серия 8007 № 685540, выдан МВД по Республике Башкортостан

Адрес фактического проживания: г. Уфа, ул. Кирова 65/2 общ. комн. ...

Адрес регистрации (прописка): г. Сибай, ул. Ленина 9-26, кв. 28...

Дата регистрации (прописка): 11.01.2012. Контактный телефон: 8917...

Полис обяз. мед. страх.: 0283999744000843, (на лицевой стороне полиса 16 цифр)

Наименование страховой медицинской организации: ООО "СМК РЕКО-Мед"

ИНН 02 (12 цифр)

СНИЛС: 216-969-000-24 (11 цифр)

Наименование и адрес медицинской организации (поликлиники), оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании до момента подачи заявления: \_\_\_\_\_

ГКБ №2 г. Сибай

Дата заполнения: «25» 08 2023 г. Подпись пациента: Иванов ИИ

Уч. врач: \_\_\_\_\_ Главный врач (зам. глав. врача.): \_\_\_\_\_

Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства  
я, Иванов Иван Иванович, "01" 01.05 г. рожд.

проживающий по адресу: г. Сибай, ул. Ленина, 9-26, кв. 28.  
(Ф.И.О. полностью)  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение следующих видов медицинских вмешательств: Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; Антропометрические исследования; Термометрия; Тонометрия; Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно; Медицинский массаж; Лечебная физкультура, для получения первичной медико-санитарной помощи в ГБУЗ РБ ГKB №5 г. Уфа

Мне, в доступной для меня форме, 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 выше перечисленных медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 ФЗ от 21.11.2011г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".

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 веществ. Я извещен(а) о необходимости соблюдения режима в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых непрописанных препаратов. Я извещен(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Я имел(а) возможность задать любые интересующие вопросы касательно заболевания и лечения, получил(а) на них удовлетворительные ответы. С предложенным планом лечения согласен(а).

Дата 25.08.2023г. Подпись гражданина или законного представителя гражданина: \_\_\_\_\_

Медицинский работник: \_\_\_\_\_