

Добавлена функция вывода документа на планшет для подписи

Для того, чтобы на планшет выходил предварительный просмотр документа, необходимо выбрать нужный документ и нажать "Печать", как на рис. 1

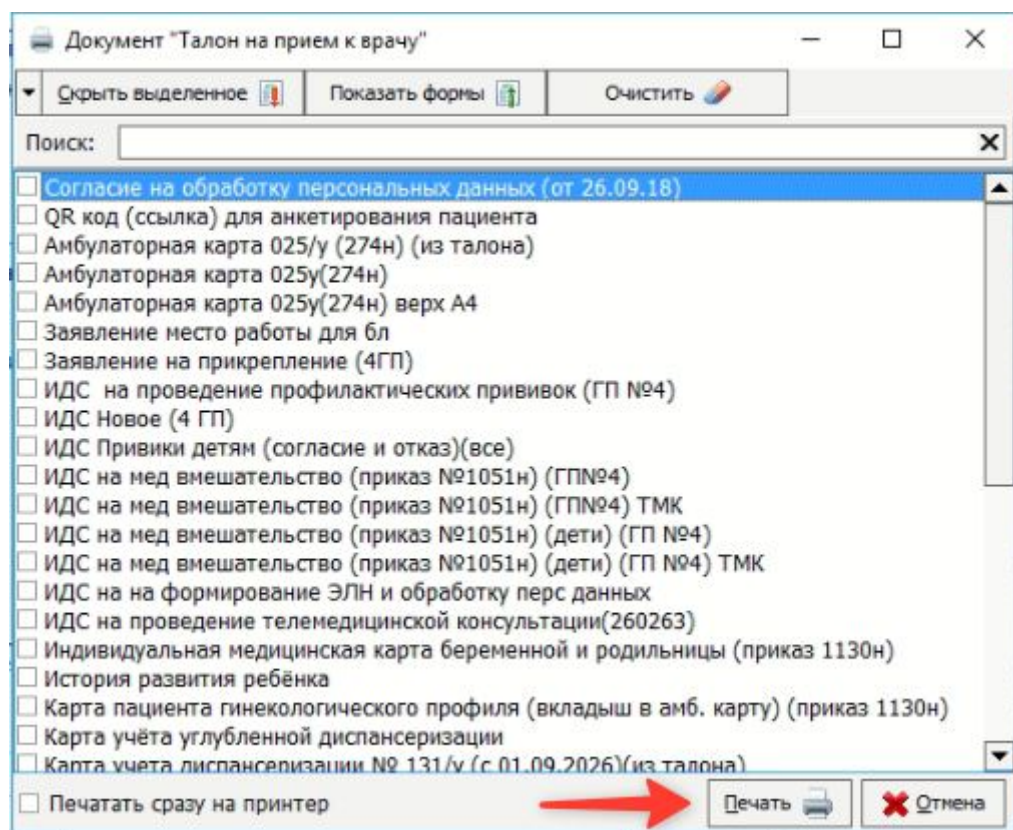


Рисунок 1.

После чего открывается предпросмотр документа (рис. 2)

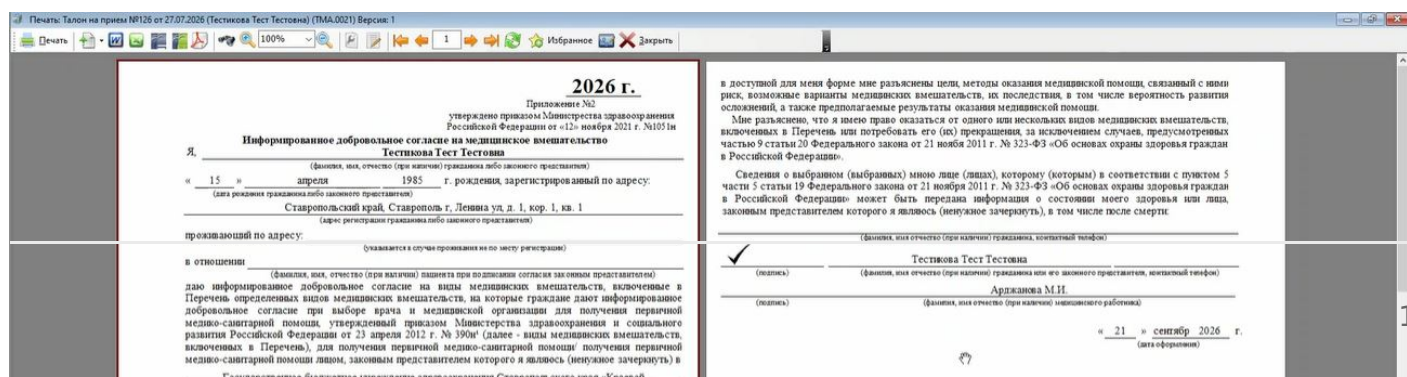


Рисунок 2.

Затем необходимо нажать на кнопку с изображением планшета (рис. 3), после чего появляется дополнительное окошко с визуализацией со стороны пациента (рис. 4)

2026 г.

Приложение №2
утверждено приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации от «12» ноября 2021 г. №1051н

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
Тестова Т.И.
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
« 15 » апреля 1985 г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
Ставропольский край, Ставрополь г, Ленина ул, д. 1, кор. 1, кв. 1
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
данное 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 (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи: получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (неужное зачеркнуть) в
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Краевой медико-психологический диспансер»
(полное наименование медицинской организации)
Медицинским работником _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
Врач-психолог Аржанова М.И.

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».

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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или лица, законным представителем которого я являюсь (неужное зачеркнуть), в том числе после смерти:
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)
Тестова Т.И.
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, контактный телефон)
Аржанова М.И.
(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
« 21 » сентября 2026 г.
(дата оформления)

Рисунок 3.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при оказании первичной медико-санитарной помощи

Я, **Тестова Т.И.**
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
« 12 » августа 2004 г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(адрес регистрации гражданина)
Ставропольский край, Ставрополь г, Пирогова ул, д. 1
паспорт серия _____, N _____, выдан _____
Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или несовершеннолетних.
Далее законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель - при наличии)
(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка или несовершеннолетнего гражданина полностью)
_____ г. рождения, зарегистрированного по адресу:
_____ г. рождения, зарегистрированного по адресу:
паспорт серия _____, N _____, выдан _____

в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», добровольно даю свое согласие на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств (утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н), на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи в _____
(полное наименование медицинской организации)

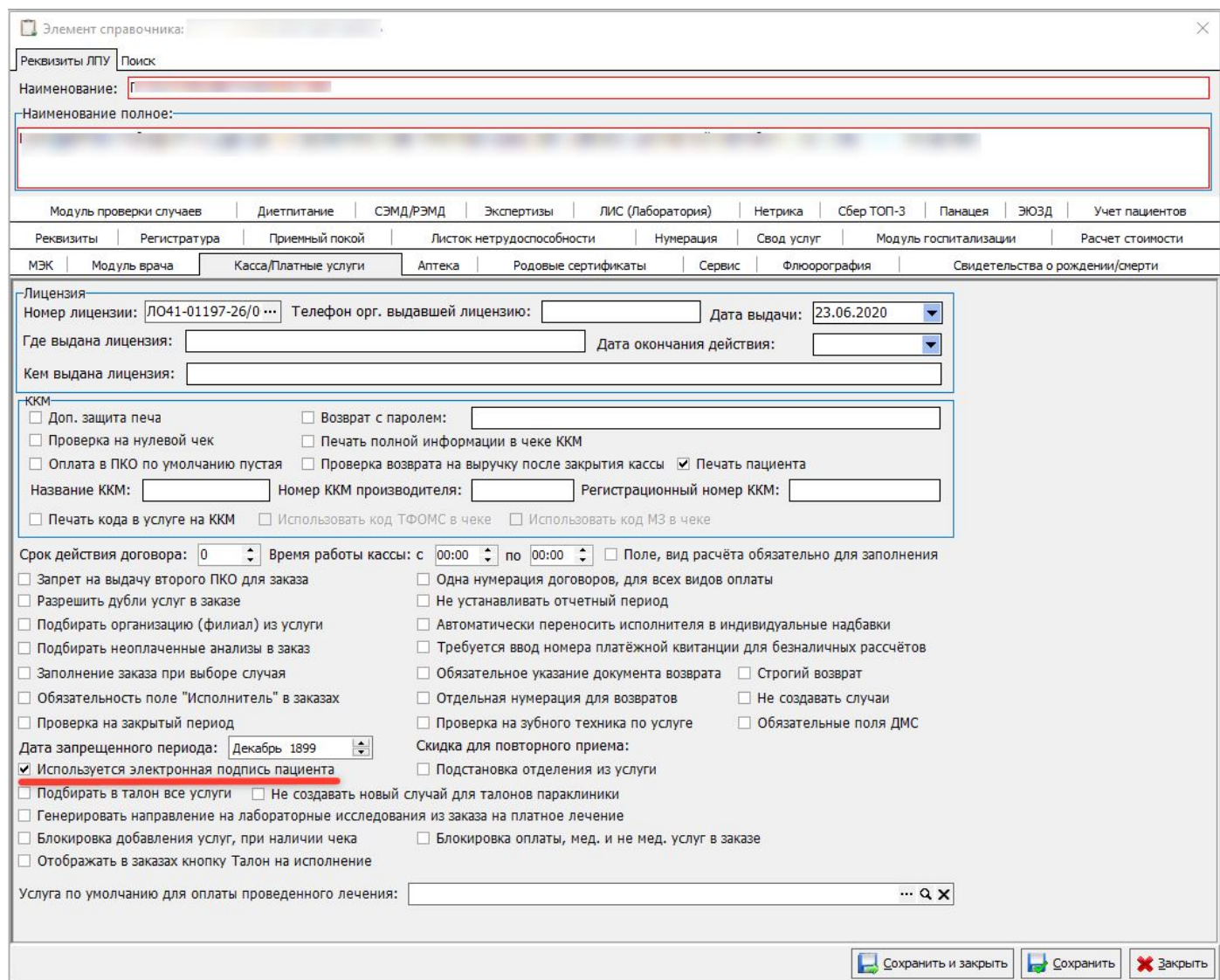
опрос (жалобы, сбор анамнеза), осмотр (пальпация, перкуссия, аускультация, фарингоскопия, антропометрические исследования, термометрия, тонометрия); неинвазивные исследования органов и систем организма, лабораторные методы исследования крови (клинические, биохимические, бактериологические, иммунологические, вирусологические и т.д. на наличие вируса иммунодефицита, вирусных гепатитов, серологические, в т.ч. на наличие возбудителя сифилиса), лабораторные методы исследования (в т.ч. на микроскопический, ПЦР, БАКТЕК, посев на плотных питательных средах) мочи, мокроты, мазка из зева и носа; функциональные методы исследования (ЭКГ, спирмография) рентгенологические, ультразвуковые, исследования; неинвазивные диагностические исследования микротравмы (флюорография, фиброэзофагоскопия и др.); исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); постановка диагностических тестов на туберкулез (проба Манту, Диаскинтест); прием лекарственных средств перорально, введение лекарственных препаратов по назначению врача внутримышечно, внутривенно, подкожно, интратрахеально; физиотерапевтические и другие лечебные процедуры.

Мне (представителю моему лицу) разъяснены цели, методы обследования и лечения мне (представителю моему лицу) и возможные риски, связанные с ними, а также возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.
Мне (представителю моему лицу) 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».

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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или лица, законным представителем которого я являюсь (неужное зачеркнуть), в том числе после смерти:
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)
Тестова Т.И.
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, контактный телефон)
Аржанова М.И.
(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
« 21 » сентября 2026 г.
(дата оформления)

Рисунок 4.

Кнопка для подписи видна при включённой настройке. Для этого необходимо перейти в ЛПУ-Параметры-Касса/Платные услуги и поставить галочку на "Используется электронная подпись пациента" (рис. 5)



Элемент справочника: [Поиск]

Наименование: [Поиск]

Наименование полное: [Поиск]

Модуль проверки случаев | Дietetпитание | СЭМД/РЭМД | Экспертизы | ЛИС (Лаборатория) | Нетрика | Сбep TOP-3 | Панацея | ЭЮЗД | Учет пациентов

Реквизиты | Регистратура | Приемный покой | Листок нетрудоспособности | Нумерация | Свод услуг | Модуль госпитализации | Расчет стоимости

МЭК | Модуль врача | **Касса/Платные услуги** | Аптека | Родовые сертификаты | Сервис | Флюорография | Свидетельства о рождении/смерти

Лицензия

Номер лицензии: [ЛО41-01197-26/0 ...] Телефон орг. выдавшей лицензию: [Поиск] Дата выдачи: [23.06.2020]

Где выдана лицензия: [Поиск] Дата окончания действия: [Поиск]

Кем выдана лицензия: [Поиск]

ККМ

☐ Доп. защита печат ☐ Возврат с паролем: [Поиск]

☐ Проверка на нулевой чек ☐ Печать полной информации в чеке ККМ

☐ Оплата в ПКО по умолчанию пустая ☐ Проверка возврата на выручку после закрытия кассы ☒ Печать пациента

Название ККМ: [Поиск] Номер ККМ производителя: [Поиск] Регистрационный номер ККМ: [Поиск]

☐ Печать кода в услуге на ККМ ☐ Использовать код ТФОМС в чеке ☐ Использовать код МЗ в чеке

Срок действия договора: [0] Время работы кассы: с [00:00] по [00:00] ☐ Поле, вид расчёта обязательно для заполнения

☐ Запрет на выдачу второго ПКО для заказа ☐ Одна нумерация договоров, для всех видов оплаты

☐ Разрешить дубли услуг в заказе ☐ Не устанавливать отчетный период

☐ Подбирать организацию (филиал) из услуги ☐ Автоматически переносить исполнителя в индивидуальные надбавки

☐ Подбирать неоплаченные анализы в заказе ☐ Требуется ввод номера платёжной квитанции для безналичных расчётов

☐ Заполнение заказа при выборе случая ☐ Обязательное указание документа возврата ☐ Строгий возврат

☐ Обязательность поле "Исполнитель" в заказах ☐ Отдельная нумерация для возвратов ☐ Не создавать случаи

☐ Проверка на закрытый период ☐ Проверка на зубного техника по услуге ☐ Обязательные поля ДМС

Дата запрещенного периода: [Декабрь 1899]

☒ **Используется электронная подпись пациента** ☐ Подстановка отделения из услуги

☐ Подбирать в талон все услуги ☐ Не создавать новый случай для талонов параклиники

☐ Генерировать направление на лабораторные исследования из заказа на платное лечение

☐ Блокировка добавления услуг, при наличии чека ☐ Блокировка оплаты, мед. и не мед. услуг в заказе

☐ Отображать в заказах кнопку Талон на исполнение

Услуга по умолчанию для оплаты проведенного лечения: [Поиск]

Сохранить и закрыть | Сохранить | Закрыть

Рисунок 5.

Revision #1

Created 1 October 2026 06:21:23 by Маргарита Славута

Updated 1 October 2026 07:38:04 by Маргарита Славута

1 3