

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

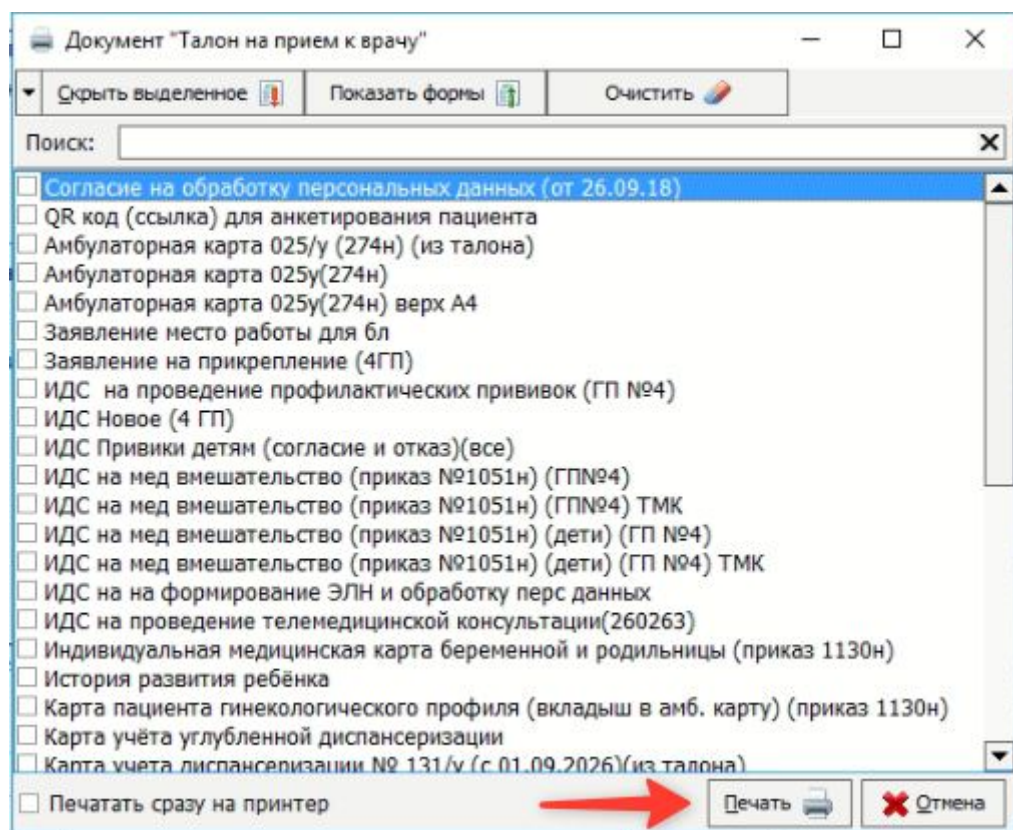


Рисунок 1.

После чего открывается предпросмотр документа (рис. 2)

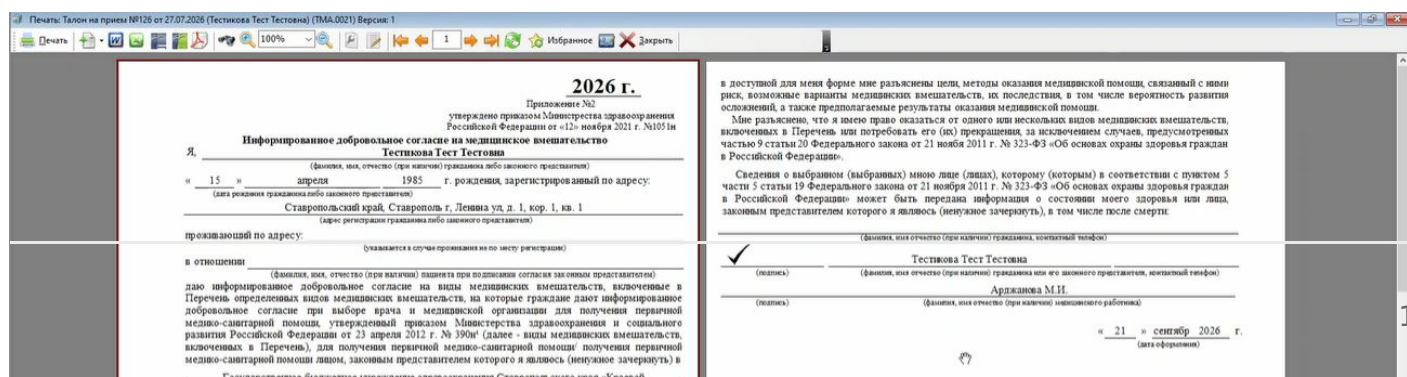


Рисунок 2.

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

Печать: Талон на прием №126 от 27.07.2026 (Тестикова Тест Тестовна) (ТМА.0021) Версия: 1

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

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
Тестикова Тест Тестовна
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
« 15 » апреля 1985 г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)
Ставропольский край, Ставрополь г, Ленина ул, д. 1, кор. 1, кв. 1
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
данно 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-хирургический диспансер»
(полное наименование медицинской организации)
Медицинским работником _____ Врач-эндокринолог Аржанова М.И.
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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».

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)
Тестикова Тест Тестовна
(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.

Печать: Талон на прием №1646 от 21.09.2026 (Тестов Козим Козимович) (РМД.0010) Версия: 1

Приложение №2
в приказе ГБУЗ СК «ГБУЗ СК» от _____ № _____ от _____

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при оказании первичной медико-санитарной помощи
Тестов Козим Козимович
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, законного представителя)
« 12 » августа 2004 г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина)
Ставропольский край, Ставрополь г, Паргова ул, д. _____
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: _____
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) медицинскими вмешательствами, включенными 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 _____

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, спиритография) рентгенологические, ультразвуковые, исследования; неинвазивные диагностические исследования микротравмы (фиброэзофагоскопия, фиброколоноскопия и др.); исследование 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.

Методов обследования и лечения мне (представителю мной лицу) _____
наименование вида (видам) медицинского вмешательства(вмешательств) _____
нотность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе о выявленных или индивидуальной непереносимости лекарственных средств мной (представителем) и известных мне (представителем) факторах, влияющих на биологическую природу, воздействующих во время приема лекарственных средств.
сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, табака, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных вмешательств, неинвазивного причинения вреда здоровью, а также о установленном мной лицу) делать во время их проведения.

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».

Тестов Козим Козимович
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

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: [X]

Реквизиты ЛПУ Поиск

Наименование: []

Наименование полное: []

Модуль проверки случаев | Диетпитание | СЭМД/РЭМД | Экспертизы | ЛИС (Лаборатория) | Нетрика | Сбёр ТОП-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: [] Дата выдачи: [23.06.2020]

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

Кем выдана лицензия: []

ККМ

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

☐ 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: [] Номер ККМ производителя: [] Регистрационный номер ККМ: []

☐ 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: []

Сохранить и закрыть Сохранить Закрыть

Рисунок 5.

Revision #1

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

Updated 2 October 2026 07:59:06 by Маргарита Славута

1 3