ООО «МЕДИКАЛ ПРЕВЕНТ»

ИНН 3666269377 КПП 366601001 ОГРН 1233600022314

394030, Воронежская область, городской округ город Воронеж, г. Воронеж, ул. Желябова, д.15, помещ. 2/1

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, указанные в перечне настоящего информированного добровольного согласия (далее – виды медицинских вмешательств), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи, в отношении лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в (Наименование МО)

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

|  |  |
| --- | --- |
| **Виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень** | **Согласие ДА/НЕТ** |
| 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 (роста, массы тела, окружности головы и грудной клетки и т.д.) |  |
| 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, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных). |  |
| Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования. |  |
| Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно. |  |
| Медицинский массаж |  |
| Лечебная физкультура |  |

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 или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Я подтверждаю, что поставил(а) в известность медицинского работника обо всех проблемах, связанных с моим (представляемого) здоровьем, и обо всех известных мне особенностях моего (представляемого) организма, включая информацию об аллергических реакциях и о гиперчуствительности к лекарственным препаратам и/или иным веществам.

Я подтверждаю, что поставил(а) в известность медицинского работника обо всех лекарственных препаратах, которые я принимаю.

Я подтверждаю, что при предоставлении такой информации действовал(а) добросовестно, осознавая, что сокрытие или искажение таких сведений может неблагоприятно сказаться на результатах медицинского вмешательства и на состоянии моего (представляемого) здоровья.

Я осознаю, что даже при качественном оказании медицинской помощи, применении самых результативных и зарекомендовавших себя достижений современной медицинской науки, результат оказания медицинской услуги не является на 100% прогнозируемым.

Я подтверждаю, что мне известно о возможном появлении серьезных последствий и осложнений, связанных с невыполнением рекомендаций медицинского работника.

Я осознаю собственную ответственность в самостоятельной оценке моего (представляемого) состояния.

Я подтверждаю, что внимательно прочел (ла) и понял (а) всю информацию о предстоящем мне (представляемому) медицинском вмешательстве, мне разъяснены его цели и методы, связанные с этим риски, последствия, а также о предполагаемые результаты.

Я подтверждаю, что имела возможность задать медицинскому работнику все интересующие меня вопросы и получила на них удовлетворяющие меня ответы.

Я понимаю и принимаю необходимость полного и безоговорочного соблюдения рекомендаций и назначений медицинского работника, в том числе полученных Рекомендаций после проведения (исследования, процедуры, манипуляции и др.).

Будучи проинформированным (ой) об альтернативных методах лечения (исследования) и об их особенностях, а также с учетом пояснений и рекомендаций медицинского работника, и на основании вышеизложенного, я добровольно и осознанно принимаю решение и даю добровольное информированное согласие на выбранное мной медицинское вмешательство.

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. N 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), в том числе после смерти:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) | | | | |
|  | | | | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) | | | | |
|  |  |  | | |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон) | | |
|  |  |  | | |
| (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) | | |
|  | | | "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.  (дата оформления) |