

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____, даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью Медицинский Центр "ЭГИДАМЕД", действующему на основании лицензии регистрационный номер: Л041-01024-74/00368683 от 12.05.2020 г. выдана Министерством здравоохранения Челябинской области (адрес места нахождения: 454000, г. Челябинск, ул. Кирова, д. 165, тел.: (351) 263-52-562) от 12.05.2020, выданной Министерством здравоохранения Челябинской области, оказывать мне медицинские услуги, в том числе согласно перечня, установленного Приказом Минздравсоцразвития России 23.04.2012 N 390н "Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи" с которым я ознакомлен.

Медицинское вмешательство	Медицинским работником
до	меня
доведена	нижеследующая
	информация.

Я ознакомлен(а) в доступной форме с полной информацией о целях и методах оказания медицинской помощи мне (или лицу, интересы которого я представляю), о рисках, связанных с применяемыми методами оказания медицинской помощи, возможных вариантах медицинского вмешательства и его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Я ознакомлен(а), что успех моего лечения (или лечения лица, интересы которого я представляю) зависит от биологических и анатомических особенностей моего организма. Я даю разрешение врачу составлять диагностические модели, проводить любые диагностические мероприятия, которые врач сочтет нужным провести для оценки состояния моего (или лица, интересы которого я представляю) здоровья и выявления заболеваний. Я также даю разрешение проводить необходимые лечебные мероприятия, прописывать мне (или лицу, интересы которого я представляю) по показаниям лекарства. Мне объяснены все возможные исходы лечения, альтернативные варианты.

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанным со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я проинформирован(а) о всех возможных побочных действиях используемых врачом лекарственных средств и препаратов.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Врач предоставил мне предварительно информацию о приеме лекарств, о возможных осложнениях лечения, о возможных неприятных ощущениях, которые могут сопутствовать любому вмешательству в человеческий организм, таких как боль, тошнота, головокружение, аллергические реакции на медикаменты, гематомы, и о других неприятных ощущениях, которые зависят не только от применяемой техники и действий врача, но в гораздо большей степени – от ответной реакции организма. Я проинформирован(а) о возможных неблагоприятных реакциях человеческого организма, в том числе об анафилактических реакциях, об инфекционных осложнениях.

Вся информация изложена в доступной мне форме, мне полностью понятна.

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у доктора по графику, обговоренному с врачом. Я понимаю, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Я согласен (согласна) соблюдать график посещения, не допуская систематических (более 2 раз) опозданий. Я согласен (согласна) с тем, что в случае опоздания на прием, продолжительность указанного приема может быть соответствующим образом сокращена.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность любого человеческого организма, я согласен (согласна) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что врач просто использует общепринятые методы диагностики и лечения. Я понимаю, что врач не может нести ответственность за независимые от его воли явления, в том числе за обострение недиагностированных у меня или представляемого мной лица заболеваний, за постинъекционные осложнения, за любые действия любых других врачей.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состояния лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

Дата _____

Расписался в моем
присутствии:

Врач

ФИО _____ (подпись пациента)

/ _____

—

Я, _____, дата рождения (месяц/число/год) _____, Паспорт гражданина РФ серия: _____ номер: _____ дата выдачи: _____ выдан: _____

проживающий(ая) по адресу _____

Подтверждаю, что до заключения договора Общество с ограниченной ответственностью Медицинский Центр "ЭГИДАМЕД", действующее в соответствии с лицензией регистрационный номер: Л041-01024-74/00368683 от 12.05.2020 г. выдана Министерством здравоохранения Челябинской области (адрес места нахождения: 454000, г. Челябинск, ул. Кирова, д. 165, тел.: (351) 263-52-562) от 12.05.2020 г., выданной Министерством здравоохранения Челябинской области (г. Челябинск, ул. Кирова, 165; тел. 8(351)240-22-22 доб. 101) в лице директора Виноградовой Татьяны Евгеньевны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующего на основании Устава, уведомило меня о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК)

Ф.И.О. _____

Зарегистрирован (проживает): _____

Паспорт гражданина РФ серия: _____ номер: _____ дата выдачи: _____ выдан: _____

Телефон: _____