

Бесплатное приложение для пациентов

- Все записи к врачу в одном месте
- Безопасная электронная медкарта
- Защищенный канал передачи документов
- Удобная онлайн-запись



Приложение № 1
к договору на оказание платных медицинских услуг
форма 1-Ф
№ 553 от «31» августа 2023г.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, объем и условия оказываемых платных медицинских услуг

Я, Иванов Иван Иванович, проживающий (-ая) по адресу: _____, паспорт: серия _____ номер _____ кем выдан _____

когда выдан _____ г., желаю получить платные медицинские услуги в ООО "Клиника на Суворова", при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

даю 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. N 390н (далее - Перечень), для получения в ООО "Клиника на Суворова" **первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь** (ненужное зачеркнуть).

Медицинским работником _____ Гринева Надежда Владимировна
(должность, Ф.И.О. 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Примерный перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщины), ректальное исследование. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. 7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. 8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). 9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография,

кардиотокография (для беременных). 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно. 13. Медицинский массаж. 14. Лечебная физкультура.

Примечание:

Для отдельных видов медицинской помощи, таких как магнитно-резонансная томография, высокотехнологичная медицинская помощь, переливание крови, трансплантация органов, оформляется отдельное информированное добровольное согласие с указанием возможных осложнений.

ВАЖНО! Отсутствие в информированном добровольном согласии сведений о виде медицинского вмешательства приравнивается к отсутствию такого согласия

Мне, согласно моей воле, дали полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья предоставляемого). Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в ООО "Клиника на Суворова" и обязуюсь их соблюдать.

Дополнительная информация:

- я извещен(а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты, другие методы лечения, немедленно сообщить врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом приемы любых, не прописанных лекарств;
- я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинских препаратов и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
- я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе, о хронических заболеваниях, об аллергических проявлениях и индивидуальной непереносимости лекарственных средств, обо всех перенесенных мной (представляемым) и известных травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого), во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах;
- я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- я согласен(а) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей, исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учётом сохранения врачебной тайны;
- я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю согласие на обследование и лечение в предложенном объёме;
- Обработка персональных данных, указанных в настоящем Соглашении, осуществляется в том числе, в целях передачи (распространение, предоставление, доступ) их в Систему МедТочка (<https://medtochka.ru/>) для систематизации и хранения медицинских заключений субъекта персональных данных, в том объёме, который необходим для реализации указанной цели.

Сведения о выбранных мною лицах, 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)

_____ / _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

_____ / _____
(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

Врач _____ / Гринева Надежда Владимировна / _____

(должность)

(Ф.И.О.)

(подпись)

«31» августа 2023