

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, пациент

\_\_\_\_\_ года рождения (фамилия, имя, отчество пациента – **собственноручно** полностью)

**Этот раздел бланка для лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан (заполняется собственноручно законным представителем):** Я, паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_

являюсь законным представителем (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**) ребенка или лица,

признанного недееспособным: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

поставлен в известность, что мне (представляемому) будет произведено медицинское вмешательство, исполнителем медицинских услуг

**филиал ООО «Медилюкс – ТМ» в г. Санкт-Петербурге по адресу ул. Гаккелевская, д.21 А.**

- Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

- Я ознакомлен с распорядком и правилами режима, установленного в данной медицинской организации, и обязуюсь их соблюдать;

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований, включенных 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, утвержденном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082), а также перечисленных в настоящем информированном согласии медицинских вмешательств: \_\_\_\_\_

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

- Я согласен, что формой подтверждения добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство выступает также согласие пациента (представителя) на оплату и/или факт оплаты соответствующих медицинских услуг. Пациенту следует воспользоваться своим правом на получение полной информации в объеме, перечисленном в настоящем бланке информированного согласия об оплачиваемой медицинской услуге (вмешательстве) до ее оплаты (согласия на оплату) и до выполнения услуги (вмешательства);

- Я информирован о целях, характере и благоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

- Я извещен о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение режима, рекомендаций, режима приема препаратов, бесконтрольное самолечение, одновременное лечение в иных организациях без согласования с лечащим врачом плана лечения, могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я информирован и согласен, что в ходе оказания медицинской услуги и после ее окончания, может возникнуть необходимость в дополнительных медицинских услугах (вмешательствах), оказываемых на платной основе, которые будут рекомендованы или назначены мне, в том числе в повторных и дополнительных медицинских вмешательствах по поводу оказываемых медицинских услуг, что само по себе не является дефектом оказанных услуг. Потребность в дополнительных медицинских услугах (вмешательствах) может возникнуть по причинам индивидуальных особенностей течения заболевания и/или оказания медицинской услуги, особенностей реакции пациента, несоблюдения пациентом врачебных рекомендаций, а также по причине наличия обычных для общепринятой медицинской практики осложнений, негативных последствий и особенностей, присущих конкретному заболеванию или виду медицинских вмешательств, которые периодически наблюдаются среди пациентов даже при условии надлежащего оказания медицинской услуги. Отказ пациента от рекомендованных исполнителем дополнительных услуг (вмешательств) может оказать существенное негативное влияние на оказание основной услуги, сделать невозможным или затруднить достижение положительного результата, привести к негативным последствиям для здоровья.

- Я поставил в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне 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 правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я согласен на осмотр другими медицинскими специалистами и передачу им сведений о моем состоянии, включая сведения, составляющие врачебную тайну и персональные данные в целях содействия в виде советов, рекомендаций, оценочных суждений, консультаций, заключений, консилиумов, клинических разборов и демонстраций относительно оказываемых медицинских услуг; специалистам, экспертам для оценки качества медицинских услуг, предыдущего и последующего лечения, состояния здоровья и степени утраты трудоспособности, причиненного вреда здоровью и в иных случаях, требующих оценки обстоятельств оказания медицинской помощи; лицам, осуществляющим представительство и защиту интересов исполнителя медицинских услуг, лечащего врача и медицинских сотрудников в судах, органах контроля и надзора, при претензионной работе и предсудебной подготовке; в иных случаях, когда передача информации обусловлена интересами пациента или требуется по закону - с учетом требований о сохранении врачебной тайны лицами, которым указанная информация станет известной при оказании мне медицинской помощи;

- Я ознакомлен и согласен со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме; я ознакомлен с Договором оказания платных медицинских услуг;

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о диагнозе, тяжести и характере моего заболевания, посещать меня (представляемого): близким родственникам (супруги, родители, дети), законным представителям, а также указанным ниже гражданам (ФИО):

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года. Подпись пациента/законного представителя: \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_

(Должность, И.О. Фамилия, подпись)

**СМОТРИТЕ ОБОРОТ БЛАНКА**



