

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

(заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет, или недееспособных граждан)

Я _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)

Дата рождения _____, проживающий (ая) по адресу _____

являюсь законным представителем – мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель

(нужное подчеркнуть)

(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина – полностью)

Обратившись за медицинской помощью в медицинский центр «Долголетие медикал» ООО «Есения» ознакомлен(а) с необходимым возможным первичным планом обследования и возможными методами лечения предоставляемого(ой), включающим в себя (с учетом положений Приказа М и СР РФ от 23 апреля 2012 года № 390н):

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;
- 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, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования;
- Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно;
- Медицинский массаж;
- Лечебная физкультура.

— Мне согласно моей воле даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболеваний предоставляемого(ой).

— Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит делать предоставляемому(ой) во время их проведения.

— Я извещен(а) о том, что предоставляемому(ой) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых непрописанных лекарств.

— Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья предоставляемого(ой).

- Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем предоставляемого(ой), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных представляемым и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на предоставляемого(ой) во время жизнедеятельности, о принимаемых им лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а так же об употреблении предоставляемым(ой) алкоголя, наркотических и токсических средств.
- Я информирован(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников ООО «Есения», предоставляющих платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья предоставляемого(ой).
- Я информирован(а) о том, что медицинская информация предоставляемого(ой) является конфиденциальной в соответствии со статьей 13 ФЗ от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ, мне подтверждена гарантия конфиденциальности сведений, касающихся здоровья предоставляемого(ой);
- Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение предоставляемого(ой) в предложенном объеме.

— Я разрешаю предоставлять медицинскую информацию предоставляемого(ой):

- всем без ограничений;

- ограниченному кругу лиц: _____

(ФИО лиц, допущенных к медицинской информации)

Я разрешаю использовать медицинскую информацию предоставляемого(ой) для ведения электронной формы медицинской документации.

Я разрешаю предоставлять медицинскую информацию предоставляемого(ой) всем должностным лицам, причастным к случаям оказания предоставляемому(ой) медицинской помощи в рамках настоящего договора.

Я разрешаю использовать медицинскую информацию и медицинскую документацию предоставляемого(ой) для проведения экспертизы качества оказания ему(ей) медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых специалистов.

Я разрешаю передавать мне информацию о состоянии здоровья предоставляемого(ой) в случае негативного прогноза развития заболеваний предоставляемого(ой).

При негативном прогнозе в развитии заболевания предоставляемого(ой) разрешаю передавать его(ее) медицинскую информацию:

- без ограничений

- только (ФИО) _____

Законный представитель _____ / _____ /

Расписался в моем присутствии:

Представитель ООО «Есения»: _____

(должность, Ф.И.О., подпись)

Дата _____