

Управляющему ООО «МАРТ»
Маршак М. Е.

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «МАРТ»
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____,
(Ф.И.О.)
_____ года рождения, _____ проживающий (ая) _____ по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан:
Я, _____,
Паспорт: № _____, выдан: _____,
Являюсь _____ (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) _____ года рождения
_____ Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина (полностью)

1. на основании статьи 20 Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», **даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:**

2. В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. N 390н я также даю согласие на проведение, при необходимости, следующих вмешательств: 1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия. 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, пикфлоуметрия, электроэнцефалография, электроэнцефалография. 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе магнитно-резонансные исследования, ультразвуковые исследования, маммография. 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрисуставно. 13. Медицинский массаж. 14. Лечебную физкультуру. 15. Физиотерапевтическое лечение. 16. Телемедицинские консультации.

3. Я поставлен(а) в известность о состоянии своего здоровья (здоровья представляемого), наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения и связанном с ними риске.

4. Я в полной мере информирован(а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, ожидаемых результатах данного медицинского вмешательства, наличии альтернативных методов лечения, подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов.

5. Я добровольно **соглашаюсь на медицинское вмешательство** и доверяю врачу принимать необходимые решения и выполнять любые медицинские действия в ходе лечения с целью достижения наилучшего результата и улучшения моего состояния.

6. Я информирован об осложнениях, возможных после применения данного медицинского вмешательства и не являющихся дефектами оказания медицинской услуги, а именно: *слабость, головокружение, головные боли, повышение АД, рецидив или временное усиление боли, раздражение, зуд, отечность и гиперемия контактных участков кожи, локальное повышение температуры, локальные болевые ощущения, аллергическая реакция, инфильтрат, гематома* (нужное подчеркнуть), другое: _____

7. Я извещен(а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и посещать процедуры, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

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

9. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем (здоровьем представляемого), 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(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

10. Я согласен(а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья (состояния здоровья представляемого) лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии, лечебных блокад, внутривенных инфузий, физиотерапевтического лечения и т.п.), за исключением: _____

(если имеют ся исключения, указать какие)

11. Я осведомлен(а) о возможности получить данную медицинскую услугу в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС).

12. Я осведомлен(а) том, что в целях обеспечения безопасности на территории медицинского центра ведется видеонаблюдение.

13. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне в доступной форме даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы. Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа. Мне разъяснено, что

предоставление лечащему врачу неполной или недостоверной информации может иметь негативные последствия для моего здоровья. 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"/

14. В соответствии с Приказом Министерства Здравоохранения от 12.11.2021 года №1050Н «Об утверждении порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента», я добровольно сообщаю, что информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти, может быть передана следующему лицу (лицам):

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

[DATE] года.

Подпись /расшифровка/ пациента или законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ / _____ /

Подпись врача /расшифровка/

15. Подтверждаю свое информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии с п. 1:

« ____ » _____ 20__ г. _____ ; « ____ » _____ 20__ г. _____ ; « ____ » _____ 20__ г. _____

« ____ » _____ 20__ г. _____ ; « ____ » _____ 20__ г. _____ ; « ____ » _____ 20__ г. _____

« ____ » _____ 20__ г. _____ ; « ____ » _____ 20__ г. _____ ; « ____ » _____ 20__ г. _____

« ____ » _____ 20__ г. _____ ; « ____ » _____ 20__ г. _____ ; « ____ » _____ 20__ г. _____