

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств пациента,
получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях
в Общество с ограниченной ответственностью
«МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР СЕМЕЙНАЯ КАРДИОЛОГИЯ»,
адрес места нахождения: 656049, г. Барнаул, ул. Партизанская, д. 132. ОГРН: 1242200011790,
ИНН: 2225233921.**

Я, _____, _____ года рождения,
(фамилия, имя, отчество - полностью)
проживающий(-ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____, паспорт: _____
выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка:

(Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения)

именуемый(-ая) в дальнейшем Пациент(ка), обратившись за медицинской помощью в Общество с ограниченной ответственностью «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР СЕМЕЙНАЯ КАРДИОЛОГИЯ» (далее по тексту – Медицинский центр) в соответствии и на основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ № 323) проинформирован(а) о том, что для определения состояния моего (пациента, чьим законным представителем, я являюсь) здоровья, получения сведений о наличии у меня (представляемого) того или иного заболевания, состояния, для установления моего (пациента, чьим законным представителем, я являюсь) медицинского диагноза и дальнейшего планирования, и оказания необходимых медицинских услуг, мне (пациенту, чьим законным представителем, я являюсь) необходимо пройти первичный план обследования и дальнейшее лечение.

В связи с этим **я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (пациенту, чьим законным представителем, я являюсь) в Медицинском центре медицинских вмешательств, 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, утвержденный приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.04.2012 № 390н, в частности на:**

- опрос, анкетирование, сбор врачом сведений (анамнеза) о жизни, наследственной отягощенности, о перенесенных заболеваниях, о хронических заболеваниях, проведенных обследованиях и операциях, об аллергических реакциях (лекарства, пищевые продукты и иное), диспансерном наблюдении, инвалидности и т.п., сбор жалоб. Скрытие или сообщение недостоверных сведений об указанных обстоятельствах и иных сведениях о здоровье по запросу врача может привести к неполному обследованию, постановке несправильного диагноза, формированию неоптимального плана лечения, что может потребовать в последующем проведения дополнительных диагностических вмешательств, консультаций специалистов, иных незапланированных вмешательств и, соответственно, к увеличению стоимости оказываемых услуг.

- консультация.

- осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию; антропометрическое исследование; термометрию; тонометрию; тонометрию; исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);

- проведение в соответствии с назначением врача:

- лабораторных методов обследования, в том числе клинических (общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на яйца глистов), биохимических, бактериологических, вирусологических, серологических реакций на сифилис, иммунологических, микробиологического исследования отделяемого на аэробные и факультативно – анаэробные микроорганизмы и чувствительность к антибиотикам, анализ крови на выявление антител к ВИЧ 1 и ВИЧ 2;

- функциональные методы обследования, в том числе электрокардиографические, суточное мониторирование электрокардиограммы, суточное мониторирование артериального давления, наргузочные пробы, программа постоянного имплантируемого антиаритмического устройства;

- ультразвуковые исследования: эхокардиография, чрезпищеводная эхокардиография дуплексное сканирование (доплерография) сосудов брахецефальной области, дуплексное сканирование (доплерография) сосудов (вен, артерий) нижних конечностей, ультразвуковое исследование плевральных полостей, печени, почек, желчного пузыря, щитовидной железы, чрезпищеводное электрофизиологическое исследование ,

- рентгенологические методы обследования, в том числе рентгенография, компьютерная томография сердца, легких;

- физиолечение: магнитотерапия, электрофарез, дарсонвальфракклинизация, ультрафиолетовое облучение, ультразвук, диодинамотерапия;
- эндоскопические методы (ЭФГДСК, по – показаниям) - лечебные мероприятия: прием таблетированных препаратов, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутривенно, подкожно, внутримышечно, внутривенно, а также иные виды медицинских вмешательств, в которых может возникнуть необходимость в процессе лечения.

Медицинским работником _____

(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. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно. Я согласен(на) на оказание мне (пациенту, чьим законным представителем, я являюсь) данных видов медицинского вмешательства, как на этапе первичного обследования, так и в дальнейшем при оказании мне (пациенту, чьим законным представителем, я являюсь) Медицинским центром платных медицинских услуг.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Мне разъяснено, что такой отказ оформляется в письменной форме.

Я проинформирован(а) и согласен(на), что общий план моего (пациента, чьим законным представителем, я являюсь) обследования и лечения может включать не только консультации врачей-специалистов Медицинского центра, но при необходимости я (пациент, чьим законным представителем, я являюсь) могу быть направлен на консультации и(или) диагностические мероприятия в другие медицинские организации.

Я удостоверяю, что мне (пациенту, чьим законным представителем, я являюсь) не был поставлен диагноз «наркомания» по результатам медицинского освидетельствования в соответствии с Федеральным законом от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».

Я удостоверяю, что не признан судом недееспособным вследствие психического расстройства и надо мной не установлена опека, равно как я и не ограничен судом в дееспособности вследствие наличия психического расстройства или пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами и надо мной не установлено попечительство.

Я заявляю, что поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (пациентом, чьим законным представителем, я являюсь) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (пациента, чьим законным представителем, я являюсь) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я проинформирован(а), что в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", обязан(а) соблюдать режим лечения, в том числе регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, и правила поведения пациента в Медицинском центре. Несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, 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 моего (пациента, чьим законным представителем, я являюсь) здоровья).

Я ознакомлен(а) с прейскурантом Медицинского центра и, положением о гарантийных сроках и сроках службы на услуги, правилами внутреннего распорядка, порядком оказания платных медицинских услуг, расположенных на сайте, информационном стенде в регистратуре Медицинского центра.

Я проинформирован(а), что Медицинский центр не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья, или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь:

(Ф.И.О. граждан, контактные телефоны)

(Ф.И.О. и подпись гражданина, или его законного представителя)

(Ф.И.О. полностью, подпись медицинского работника)

« ___ » _____ 20__ г. (дата оформления Согласия)