

Информированное добровольное согласие на проведение консультации, обследования и лечения в ООО «ОРХИДЕЯ»

город Чебоксары

« ____ » _____ 202__ г.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента (или его законного представителя) – полностью, дата рождения),

(адрес места жительства)

в соответствии с Федеральным законом РФ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю информированное добровольное согласие на проведение консультации врача-специалиста и обследование (опрос, в т.ч. выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в т.ч. пальпация, перкуссия, аускультация, вагинальное исследование (для женщин), антропометрические исследования; термометрия; тонометрия); лабораторные методы обследования; функциональные методы обследования; рентгенологические методы обследования, в т.ч. флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в т.ч. внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно; медицинский массаж; лечебная физкультура), включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств в соответствии с Приказом МЗиСР РФ от 23.04.2012 № 390н (зарегистрирован Минюстом РФ 05.05.2012 № 24082), на которые граждане дают информированное добровольное согласие, в соответствии с действующей лицензией.

Я желаю получить платные медицинские услуги в ООО «ОРХИДЕЯ» в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

Я, получив полную информацию о местонахождении учреждения (его государственной регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах, о квалификации и сертификации специалистов, даю согласие на оказание мне услуг и ответственен(а) за их оплату.

Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение (диагностика) мне не гарантирует положительный результат и я согласен(на) с тем, что используемая технология медицинской услуги не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ООО «ОРХИДЕЯ» не несет ответственности за их возникновение.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять назначения и рекомендации медицинского персонала ООО «ОРХИДЕЯ».

Я понимаю, что должен сообщить врачу обо всех имеющихся у меня и известных мне проблемах со здоровьем: аллергических реакциях, сопутствующих заболеваниях и других.

Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, а также сокрытие информации о моем здоровье может способствовать некачественному оказанию медицинской услуги.

Я утверждаю, что 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.

Я ознакомлен со всеми пунктами настоящего документа и согласен с ними.

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 21.11.2011 № 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).

Я имел(а) возможность задать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы. Понимая сущность предложенного лечения индивидуальные особенности собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точно вероятный результат планируемого лечения.

Заключение.

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я **осознанно принимаю решение о проведении лечения.**

Пациент

(ФИО, ПОДПИСЬ)

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Я свидетельствую, что разъяснил пациенту(ке) суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения лечения, дал ответы на все вопросы пациента.

Врач

(ФИО, ПОДПИСЬ)

Дата « ____ » _____ 20__ г.