



ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ (ИДС) НА МЕДИЦИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

1) Я, ФИО пациента (ки) полностью _____
Дата рождения « _____ » _____ года

2) Я, ФИО полностью _____
Дата рождения « _____ » _____ года,

являясь законным представителем ребенка, не достигшего 15 лет/ недееспособного лица, (указать ФИО полностью ребенка, не достигшего 15 лет / недееспособного лица) _____

На основании ст.20 ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» №323 от 21.11.2011 года

даю информированное добровольное согласие на следующие медицинские вмешательства:

- консультация и осмотр врача, обследование и другие вмешательства, указанные в плане лечения /нужное указать/; _____

Я в доступной форме получил(а) от врача Медицинского центра «Врачебная практика» _____ (ФИО врача)

Информацию о:

- Диагнозе заболевания _____,
- Современных методах лечения и профилактики
- Возможных осложнениях и побочных эффектах от предстоящих медицинских вмешательств
- Вероятном течении заболевания при отказе от лечения
- Возможном использовании результатов обследования и лечения в научно-исследовательской работе, для статистики (анонимно)
- Характере, целях, продолжительности, сути и эффективности предстоящих мне медицинских вмешательств согласно плана лечения, описанного в амбулаторной карте.
- Информацию о предстоящих процедурах, предоставленную мне врачом или сотрудниками МЦ «Врачебная практика», а также инструкции к применению лекарственных препаратов я внимательно прочел (ла) и имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные мне вопросы в этой области. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы.

Я подтверждаю, что:

- не скрыл(а) от врача сведения о каких-либо имеющихся заболеваниях или ранее перенесенных, аллергических реакциях.
- врач проинформировал меня о необходимости неукоснительного соблюдения режима лечения, графика приема лекарственных препаратов и проведения медицинских процедур, диеты, исключения рискованного сексуального поведения, выполнения всех рекомендаций лечащего врача, в том числе по ведению здорового образа жизни, а также о необходимости незамедлительно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия.
- ознакомлен (а) с правилами подготовки и взятия материала для исследования,
- ознакомлен(а) со стоимостью услуг, указанных в плане обследования и лечения и в соответствии с действующим прейскурантом, обязуюсь их оплатить.

Мне сообщили, что в соответствии со ст.19 «Право на медицинскую помощь» Основ охраны здоровья граждан в РФ информация о факте моего обращения за медицинской помощью, сведения о состоянии моего здоровья, полученные при обследовании и лечении, являются врачебной тайной и могут быть раскрыты только в пределах, установленных законодательством.

Используя мое право, я разрешаю предоставлять информацию, составляющую врачебную тайну, следующим лицам (подчеркнуть один из вариантов):

- - другим гражданам, в том числе должностным лицам в интересах обследования и лечения;
- - родственникам (ФИО полностью) _____;
- - никому;

Я согласен(на)/ Я не согласен(на) нужное подчеркнуть на ведение фото и видео документации до, в процессе, и после проведения процедуры или операции, на использование моих фотоснимков с использованием маскировки. Медицинские услуги оказываются в соответствии с Договором предоставления медицинских услуг в МЦ «Врачебная практика». С Договором предоставления медицинских услуг в МЦ «Врачебная практика» ознакомлен(а) и согласен(а).

Подпись пациента(ки), законного представителя _____ Дата « _____ » _____ г.
Подпись врача _____

*Примечание: В соответствии со ст.20 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информированное согласие на медицинские вмешательства подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего возраста, а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо не способно дать согласие на медицинские вмешательства.