

Информированное добровольное согласие (ИДС) на медицинское вмешательство

Я, (ФИО(при наличии) гражданина, либо законного представителя полностью) _____

Дата рождения гражданина, либо законного представителя _____ года, зарегистрированный по адресу _____

Проживающий по адресу (в случае проживания не по месту регистрации) _____

В отношении (ФИО пациента при подписании согласия законным представителем _____

(дата рождения пациента при подписании согласия законным представителем)

на основании ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» №323 от 21.11.2011 года, приказа Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2021 г. N 1051н, даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств в ООО «МЦ «Врачебная практика», (на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень для получения первичной медико-санитарной помощи, а именно: 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, антропометрические исследования, 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, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных), рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикжно, медицинский массаж, лечебная физкультура.

Медицинским работником ООО «МЦ «Врачебная практика» _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, продолжительность, суть и эффективность предстоящих мне медицинских вмешательств согласно плана обследования и лечения, описанного в амбулаторной карте, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе возможности развития осложнений, а также течения заболевания и исходы при отказе от лечения. Я информирован(а) о возможном использовании результатов обследования и лечения в научно-исследовательской работе, для статистики (анонимно). 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 ч.9 ст.20 ФЗ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Информацию о предстоящих процедурах, предоставленную мне врачом или сотрудниками ООО «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 или ранее перенесенных заболеваниях, 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.

Я ознакомлен (а) с правилами подготовки и взятия материала для исследования, также ознакомлен(а) со стоимостью услуг, указанных в плане обследования и лечения и в соответствии с действующим прейскурантом, обязуюсь их оплатить.

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 передачу информации о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти, в соответствии с п.5 ч.5ст.19 ФЗ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

- другим гражданам, в том числе должностным лицам в интересах обследования и лечения;

- доверенному лицу/лицам (ФИО полностью/ V _____ контактный телефон доверенного лица) _____

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 в т.ч. размещение в сети Интернет. 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). V _____ / V _____

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

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) _____ Дата оформления _____