

Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство

Я, «ФИО», проживающий(ая) по адресу: «Address» № карты «CardNumber», добровольно даю свое согласие на оказание мне медицинских услуг в ООО «ООО»ЛДЦ АРТМЕД» (далее – ООО»ЛДЦ АРТМЕД»), при этом:

1. Мне разъяснено, что я могу получить как один, так и несколько видов медицинских услуг.
2. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания я могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях.
3. Я проинформирован(а), что имею возможность получить бесплатно медицинскую помощь в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС).
4. Я проинформирован(а), что ООО»ЛДЦ АРТМЕД» не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и подтверждаю свое согласие на получение медицинской помощи в ООО»ЛДЦ АРТМЕД».
5. Я информирован(а) о своей ответственности за предоставление неполной, искаженной или ложной информации о своем состоянии, реакциях организма, перенесенных заболеваниях, травмах и других фактах, способных повлиять на результаты выполнения медицинского вмешательства.
6. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение не может гарантировать 100% положительный результат и что при проведении диагностических и лечебных мероприятий, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.
7. Я согласен(-на) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может 100% исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и ООО»ЛДЦ АРТМЕД» не несет ответственности за их возникновение при условии, что услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований.
8. Я информирован(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, режима приема препаратов, самолечение могут осложнить процесс лечения и снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
9. Я информирован(а), что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право отказаться от медицинского вмешательства.
10. В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.04.2012г. № 390н я также даю согласие на проведение при необходимости следующих медицинских вмешательств:
 - 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.
 - 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, пикфлоуметрия, кардиотокография (для беременных).
 - Рентгенологические методы обследования, в том числе рентгенография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
 - Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
 - Медицинский массаж, мануальная терапия, рефлексотерапия, лечебная физкультура, физиотерапевтические методы лечения
11. Настоящее соглашение мною прочитано, мне разъяснены и мною осознаны все его положения, я полностью понимаю предложенные мне виды медицинских услуг.
12. Я разрешаю ООО»ЛДЦ АРТМЕД» в соответствии с требованиями статьи 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, о факте моего обращения за медицинской помощью, состоянии моего здоровья, диагнозе заболевания, иные сведения, полученные при моем обследовании и лечении, следующим лицам:

(указывается кому - фамилия, имя, отчество полностью)

13. Я даю ООО»ЛДЦ АРТМЕД» согласие на предоставление информации о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни и состоянии моего здоровья при проведении медицинской экспертизы.

Пациент _____ /подпись/ «ФИО»

Медицинский работник _____ /подпись/ _____ расшифровка подписи

