

Информированное добровольное согласие об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг.

Я, _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

_____ в рамках Договора, желаю получить платные медицинские услуги в ООО «Пульс» для потребителя (ФИО потребителя), и даю информированное согласие (в соответствии с Постановлением №1006 от 04.10.2012 Правительства РФ) на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом МЗ и СР РФ от 23 апреля 2012г. №390н (зарегистрирован Министерством юстиции РФ от 05.05.2012г. №24082 далее – Перечень): на опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; на осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрию; тонометрию, неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования слуха и слуховых функций; исследования нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы исследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ и АД, спирографию, рэовазографию, кардиотокографию (для беременных); УЗИ, ФГДС, ректороманоскопию, колоноскопию; МРТ, рентгенологические методы обследования, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, пункции; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе в/в, в/м, п/к, в/к, в околоуставное пространство и внутрисуставно; физиотерапию, подводное вытяжение позвоночника, рефлексотерапию, мануальную терапию, медицинский массаж, лечебную физкультуру и психотерапию для получения первичной медико-санитарной помощи/для получения медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в ООО «Пульс» (выбрать нужное) медицинским работником

_____ мне в доступной для меня форме разъяснены и мною

(должность, ФИО медицинского работника)

осознаны цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. 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 21.11 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (собрание законодательства РФ, 2011, №48, ст. 6724; 2012, №26, ст.3442, 3446). При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Сотрудником ООО «Пульс» мне разъяснена возможность проведения медицинской услуги на безвозмездной основе в муниципальном лечебно-профилактическом учреждении. Я согласен(на) оплатить услугу, я получил(а) информацию о стоимости медицинской услуги, о правилах ее оплаты и документах, подтверждающих этот факт
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
3. Проводимое лечение мне не гарантирует 100%-ного результата, при оказании медицинских услуг (проведении операции) и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.
4. Я согласен(на) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятности возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ООО "Пульс" не несет ответственности за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ООО «Пульс». Я согласна с тем, что используемая технология медицинской помощи 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, Учреждение не несет ответственности за их возникновение.
6. Я подтверждаю, что при подписании настоящего информированного согласия меня письменно уведомили о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников ООО «Пульс», в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.
7. Я понимаю необходимость проведения медицинской услуги и предупрежден(а) о возможных побочных осложнениях, обусловленных биологическими особенностями организма, о последствиях и связанных с ними риском, включая не зависящие от соблюдения применяемой технологии (т.е. о непреднамеренном причинении вреда здоровью). В таком случае я согласен(согласна) на то, что ход медицинской услуги может быть изменен врачами по их усмотрению.
8. Я 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(представляемых) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, принимаемых лекарственных средствах. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а так же об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
9. Мне разъяснено, что в случаях, когда состояние пациента не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения будет неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве, о его виде и тактике проведения, в том числе дополнительном вмешательстве, в интересах пациента решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий врач.
10. Я имел(а) возможность задать интересующие меня вопросы врачу перед медицинской услугой.

Против записи данных о проведенной медицинской услуге на информационные носители при условии сохранения врачебной тайны

возражаю/ не возражаю

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (выбрать нужное)

(подпись) _____ (ФИО Заказчика (Потребителя) или законного представителя)

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на медицинскую услугу мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения меня удовлетворяют, что подтверждаю своей подписью:

Подпись Заказчика (Потребителя): _____ / _____ / Подпись медицинского
Дата оформления _____ г. работника _____ / _____ /