

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, ☒ _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, либо законного представителя)
«__» _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина/ либо законного представителя)
_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении: ☒ _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
☒ «__» _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, 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 Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390 н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи /получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ОБЩЕСТВЕ С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «МИЛЕНАРИС» Медицинским работником

_____ (должность, фамилия, имя, отчество(при наличии) медицинского работника)
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. 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 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с [пунктом 5 части 5 статьи 19](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество(при наличии) гражданина, контактный телефон)
_____ (фамилия, имя, отчество(при наличии) гражданина, контактный телефон)
☒ _____
Подпись _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)
_____ Подпись _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

«__» _____ 20__ г.
(дата оформления)

УВЕДОМЛЕНИЕ

ООО ЛДЦ «МИЛЕНАРИС» уведомляет Вас о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача (медицинского работника), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

Генеральный директор

Грингауз И.Е.

Настоящее уведомление получено «__» _____ 20__ г.



Подпись

Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

Информированное добровольное согласие на комплекс медицинских вмешательств

Я, ☒ _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, либо законного представителя)
« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина/ либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении: ☒ _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
☒ « ____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
находясь на обследовании и лечении в **ОБЩЕСТВЕ С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «МИЛЕНАРИС»** (далее - ООО ЛДЦ «МИЛЕНАРИС»), подтверждаю, что я достаточно информирован (а) в доступной для меня форме:

- о целях, способе и сроках применения предстоящих медицинских вмешательств, о характере каждой процедуры, в составе предстоящих медицинских вмешательств и о праве требовать их прекращения;
- о прогнозируемой для меня (моего ребенка, лица, чьим законным представителем я являюсь) выгоде применения предстоящих медицинских вмешательств;
- о рисках и возможных осложнениях применения медицинских вмешательств, о том, что медицинские вмешательства сопряжены с возможностью непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о возможных негативных последствиях лечения, несвоевременного лечения или отказа от лечения с учетом факторов риска и настоящего состояния моего здоровья;
- о реабилитационном периоде после проведения медицинских вмешательств, о сроках восстановления и возможных ограничениях (в т.ч. трудоспособности), сопутствующих этому периоду;
- об опыте проведения подобных медицинских вмешательств в медицинском центре и о профессиональной квалификации его персонала.

Поэтому Я добровольно и осознанно даю свое согласие на применение по отношению ко мне (моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь) комплекса медицинских вмешательств, которые будут обеспечивать адекватный лечебный процесс.

Я добровольно и осознанно соглашаюсь на осуществление в отношении меня (моего ребенка, лица, чьим законным представителем я являюсь) любых обследований и/или иных действий, имеющих диагностическую или исследовательскую направленность, выполняемых лабораторией ООО ЛДЦ «МИЛЕНАРИС» (далее по тексту – лаборатория) (процедур по взятию крови и ее компонентов, иных биологических материалов, кольпоскопии и/или иных процедур, перечисленных в направительном бланке).

Я ознакомлен(а) с характером каждой предстоящей процедуры, обозначенной в направительном бланке (далее по тексту – процедура), и правом требовать ее прекращения.

Я осознаю, что поименованная выше процедура сопряжена с возможностью непреднамеренного причинения вреда здоровью.

Я получил(а) рекомендации сотрудника лаборатории о режиме, который необходимо соблюдать после проведения процедуры, ознакомлен(а) с возможными осложнениями, которые могут возникнуть в случае нарушения рекомендаций сотрудника лаборатории, а также порядке действий в случае возникновения осложнений.

Я имею возможность задавать сотруднику лаборатории любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

Я поставил(а) в известность сотрудника лаборатории, осуществляющего проведение процедуры, обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости йода, спирта.

Я знаю, что не существует абсолютно безопасных медицинских вмешательств и любое медицинское воздействие на человека вызывает ответные реакции его организма, которые иногда могут быть атипичными и непредсказуемыми. И я понимаю, что медицинские специалисты примут все возможные меры по предупреждению угрозы для моей (моего ребенка, лица, чьим законным представителем я являюсь) жизни и причинения вреда моему (моему ребенку, лица, чьим законным представителем я являюсь) здоровью.

Я не возражаю, чтобы были задействованы другие компетентные медицинские учреждения.

Я знаю, что строгое соблюдение назначений и рекомендаций лечащего врача является необходимым условием для успешного результата, поэтому я беру на себя обязательство неукоснительно выполнять все требования ко мне (моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь), как к пациенту. И я признаю, что несу ответственность за результаты медицинских вмешательств в случае отклонений с моей стороны от предписаний лечащего врача. Я ознакомлен(а) с возможными осложнениями, которые могут возникнуть в случае нарушения рекомендаций лечащего врача и с порядком действий по их устранению.

Я предоставил(а) лечащему врачу полную информацию о состоянии моего здоровья (здоровья моего ребенка, лица, чьим законным представителем я являюсь), о перенесенных заболеваниях (включая хронические), об имевших место аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов.

Я подтверждаю свою осведомленность о том, что могу отказаться от данного Согласия по своему усмотрению до начала медицинских вмешательств путем написания соответствующего заявления и обязательного уведомления об этом лечащего врача или ответственного представителя медицинского центра.

Мне подробно в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия моего отказа (отказа представляемого) от предлагаемого медицинского вмешательства.

Я подтверждаю, что имел(а) неограниченную возможность вносить изменения в текст настоящего документа по своему усмотрению.

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы.

Настоящее соглашение мною прочитано, положения которого мне разъяснены и понятны, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть):

Ф.И.О. лиц, которым предоставляется право присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи

✓

Подпись

Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

Подпись

Ф.И.О. медицинского работника

«__» _____ 20__ г.

ОБРАЗЕЦ