Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (диагностическое обследование)

Я, пациент _____

(фамилия, имя, отчество - полностью)

карта Пациента (амбулаторная) №_____ _____ года рождения, проживающий(ая) по адресу:

_____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан

Я, _____

(фамилия, имя, отчество - полностью)

паспорт _____ выдан _____, являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента, _____

(нужное подчеркнуть)

_____

(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина — полностью)

Дата рождения ребенка иди лица, признанного недееспособным _____

(число, месяц, год)

желаю получить следующие медицинские услуги в Краснодарском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (далее «Учреждение»)

№ п.п	Код услуги	Название услуги	Стоимость услуги (без налога (НДС)), руб.	К-во услуг	Общая стоимость (без налога (НДС)), руб.
1					
2					
			ИТОГО:		

Итоговая сумма прописью: **<u>Шестьдесят девять тысяч девятьсот рублей 00 копеек</u>** без налога (НДС), в соответствии с п.п.2 п.2 ст. 149 НК РФ.

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

- Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания. В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.
- Я добровольно даю свое согласие на проведение мне, в соответствии с назначениями врача, диагностического обследования (далее «Обследование»);
- Я информирован о целях, объеме, характере предлагаемого обследования, а также о том, что предстоит мне делать во время проведения обследования;
- Я осведомлен о том, что обследование может быть многоэтапным. Кроме того я предупрежден, что в случае необходимости мне может понадобиться дополнительные обследования и консультации специалистов и согласен на все виды этих обследований и консультаций в необходимых объемах;
- Я извещен о том, что мне необходимо немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарственных средств;
- Я поставил в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить диагностическое обследование в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в Учреждении;
- Я ознакомлен с Правилами внутреннего распорядка, установленного в Учреждении, и обязуюсь их соблюдать;
- Я согласен на участие в рамках практической подготовки обучающихся - аспирантов Учреждения в оказании мне медицинской помощи; на присутствие обучающихся ординаторов Учреждения при лечении, а также на присутствие медицинских специалистов в целях использования результатов обследования в учебном процессе, проведения научных исследований и публикаций в научных изданиях. Даю свое согласие на использование изображения (фотографии, видео) глаза в медицинской документации, в научных и образовательных целях, с учетом сохранения врачебной тайны;
- Я информирован о том, что в случаях необходимости проведения морфологических исследований результаты должны быть получены мною лично либо представителем - по доверенности, при невозможности даю свое согласие направлять результаты морфологических исследований по каналам электронной почты по адресу: _____;
-Я согласен на обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством;
-Я ознакомлен и согласен со всеми пунктами настоящего документа, положения которого, мне разъяснены, мною

поняты и добровольно даю свое согласие на диагностическое обследование в предложенном мне объеме;
-Я разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания родственникам, законным представителям, гражданам:
Не разрешаю;
(перечислить фамилии, имена, отчества - полностью)
- Я имел возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно предлагаемого мне лечения и получил на них исчерпывающие ответы;
- Я информирован о возможности заполнения анкет для оценки качества оказания медицинских услуг в амбулаторных (стационарных) условиях в Учреждении, размещенных на сайте okocentr.ru и на бумажном носителе на информационных стендах Учреждения;
- Я подтверждаю, что решение о проведении обследования является моим собственным и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли.

Пациент (законный представитель) V _____ _____
(подпись) *(расшифровка подписи)*

В присутствии переводчика
(для иностранных граждан) _____ _____
(подпись) *(расшифровка подписи)*

___.___.202___ г.

Настоящее согласие подписано Пациентом (законным представителем) на приеме после проведения мною разъяснительной беседы, в процессе которой Пациент (законный представитель) получил полную и подробную информацию об особенностях предлагаемого обследования и полностью отдает себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

Пациент (законный представитель) расписался в моем присутствии.

Врач _____ _____
(подпись) *(расшифровка подписи)*

___.___.202____ г.

ПРИМЕЧАНИЕ:
В случаях, когда необходимость проведения диагностического обследования неотложна, а:
— отсутствует законный представитель лиц, не достигших совершеннолетнего возраста или недееспособных граждан,
— состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю,
вопрос об обследовании в интересах Пациента решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением директора Учреждения, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.