

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Я, _____ (ФИО полностью), _____ проживающий _____ по _____ адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, паспорт: _____ № _____, выдан _____ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина), год рождения _____.

настоящим заявлением подтверждаю, что:

в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", я проинформирован в полном объеме и даю свое информированное добровольное согласие на нижеследующее:

В рамках Договора оказания платных медицинских услуг № _____ от _____ года, далее именуемый – Договор, я могу воспользоваться услугами врачей следующих специализаций: аллерголог-иммунолог, дерматолог, отоларинголог, терапевт, педиатр и иных специалистов в соответствии с заявленными в лицензии видами деятельности.

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. N 390н я также даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, ректальное исследование;
3. Антропометрические исследования;
4. Термометрия;
5. Тонометрия;
6. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций;
7. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
8. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические;
9. Функциональные методы обследования, в том числе спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы;
10. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
11. Я ознакомлен с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.
12. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья следующим лицам:

_____ фамилия, имя, отчество

_____ подпись

дата: _____ г.