

Информированное согласие

об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг

Я,

(Ф.И.О.)

В соответствии с требованиями статьи №20 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан

в РФ", даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:

Я в полной мере проинформирован (а), что являюсь Пациентом, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от «___» _____ 20__ г., желаю получить платные медицинские услуги в ОБУЗ ИКБ им. Куваевых за плату, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от работников ОБУЗ ИКБ им. Куваевых полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг и получения бесплатной медицинской помощи в рамках программ ОМС (по месту жительства), даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов их оплатить.
2. Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрел различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе (по месту жительства).
3. Я согласен 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, ОБУЗ ИКБ им. Куваевых не несет ответственности за их возникновение.
4. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и нескольких видов услуг.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей (специалистов) ОБУЗ ИКБ им. Куваевых
6. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с ним.
7. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом (специалистом), и я даю свое согласие на их оплату.
8. Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.
9. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

10. 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, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. 7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. 8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). 9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, спирография, реоэнцефалография, электроэнцефалография. 11. Ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно. 13. Медицинский массаж. 14. Лечебная физкультура.

11. 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».

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

Настоящее информированное соглашение подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг

Пациент: _____

Паспорт: серия: _____ № _____, Выдан _____ 20__ г.

Адрес: _____

_____/_____ /

(подпись пациента)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ 20__ г.