

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Я, _____ "___" _____ г. рождения,
(Ф.И.О. пациента)

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю добровольное согласие на проведение в случае необходимости следующих медицинских вмешательств со стороны ООО «ПМ КЛИНИК» (Клиника):

- *Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.*
- *Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.*
- *Антропометрические исследования.*
- *Термометрия и тонометрия.*
- *Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.*
- *Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.*
- *Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).*
- *Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.*
- *Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).*
- *Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.*
- *Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.*
- *Медицинский массаж.*
- *Дерматоскопия и видеотрихоскопия;*
- *Лечебная физкультура*
- *Ультразвуковое исследование*

Мне в доступной форме 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 вышеизложенных видов медицинских вмешательств.

Я проинформирован(а), что в моих интересах сообщить медицинскому работнику Клиники обо всех имеющихся у меня заболеваниях и проблемах со здоровьем, аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарств, о наличии в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам.

Мне известно, что по результатам медицинской консультации, в случае моего волеизъявления мне будет представлена информация о существующих в мировой практике профилактических мероприятиях, имеющих индивидуализированный подход и направленных на формирование здорового образа жизни и устранение вредного влияния различных факторов на здоровье организма человека. Я проинформирован(а), что (1) вышеуказанные профилактические мероприятия не носят альтернативный (взаимозаменяемый) характер по отношению к манипуляциям, предусмотренным утвержденными в Российской Федерации стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями, не являются клинически необходимыми для назначения на территории Российской Федерации (2) прогнозируемый эффект от применения пациентами вышеуказанных профилактических мероприятий не имеет нормативно установленного обоснования; (3) на Клинику не возлагается ответственность за решение пациента о применении вышеуказанных профилактических мероприятий, в том числе ответственность за отсутствие ожидаемого эффекта от их применения (4) решение о применении вышеуказанных профилактических мероприятий будут приниматься мной с учетом информации, изложенной в данном информированном согласии.

Подпись пациента/законного представителя пациента: _____ / _____

Подпись медицинского работника: Главный врач _____ / Шадчнева Е.В.

Дата оформления: _____ г.