Приложен Приложение №2 к договору на оказание платных услуг

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я Ф.И.О.гражданина(ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_или законный представитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка до 15 лет, недееспособного гражданина , дата рождения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в медицинском центре ООО «АВИЦЕННА»**В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323- ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» *получил(а)* разъяснения лечащего врача по поводу моего (представляемого) заболевания:**Мне,согласно моей воли,даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания(здоровья представляемого).Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного режима в данном медицинском центре и обязуюсь их соблюдать.Я понимаю цель и характер предлагаемого мне обследования и лечения. Я согласен(на) с тем, что количество и состав лечебных и диагностических процедур (медицинских вмешательств) будут определяться лечащим врачом в соответствии с имеющимися показаниями и противопоказаниями. Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) следующих видов медицинских вмешательств: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия,вагинальное исследование, антропометрические исследования; термометрия; тонометрия неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; не инвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы(чувствительной и двигательной) лабораторные методы обследования; клинические,биохимические,бактериологические,вирусологические,иммунологические; функциональные методы:ЭКГ, суточ- ное мониторирование артериального давления, электрокардиограммы, спирография,пневмотахометрия,пикфлоуметрия,рэоэнцефалография,кардиография рентгенологические методы обследования, флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография; ультразвуковые исследования, доплерографические исследова ния;введение лекарственных препаратов по назначению врача,в том числе в/м, в/в,п/к,в/к,в/в капельно;медицинский массаж;лечебная физкультура, физиолечение.Я информирован(на) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения В случае возникновения непредвиденных ситуаций, осложнений в ходе медицинского вмешательства я согласен(на) на применение тех мероприятий, которые, по мнению врача, целесообразны в таком случае Я извещен(на) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых непрописанных лекарств. Я предупрежден(на) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.**Я** разрешаю передаватьинформацию о факте моего обращения за медицинской помощью, диагнозе и иных сведений, полученных при моем лечении и обследовании, следующим лица(ф.и.о. гражданина или законного представителя**)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Дата**\_\_\_\_\_\_\_\_**Подпись**\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Врач (Ф.И.О.,должность)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_Документы(паспорт,страховой медицинский полис)отданы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Решение о мед.вмешательстве без согласия пациента «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_\_г.Время\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии со статьей 20 части 9 ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21 ноября 2011 года принято решение о необходимости медицинского вмешательства по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека без согласия пациента в его интересах.Основание (нужное подчеркнуть):состояние больного ,не позволяющее выразить его волю;отсутствие законного представителя больного (не достигшего 15-летнего возраста или лица,признанного в установленном законом порядке недееспособным)

Консилиум врачей :Ф.И.О,должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О. должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_

 Приложение №2 к договору на оказание платных услуг

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я Ф.И.О.гражданина(ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_или законный представитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка до 15 лет, недееспособного гражданина , дата рождения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в медицинском центре ООО «АВИЦЕННА»**В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323- ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» *получил(а)* разъяснения лечащего врача по поводу моего (представляемого) заболевания:**Мне,согласно моей воли,даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания(здоровья представляемого).Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного режима в данном медицинском центре и обязуюсь их соблюдать.Я понимаю цель и характер предлагаемого мне обследования и лечения. Я согласен(на) с тем, что количество и состав лечебных и диагностических процедур (медицинских вмешательств) будут определяться лечащим врачом в соответствии с имеющимися показаниями и противопоказаниями. Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) следующих видов медицинских вмешательств: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия,вагинальное исследование, антропометрические исследования; термометрия; тонометрия неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; не инвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы(чувствительной и двигательной) лабораторные методы обследования; клинические,биохимические,бактериологические,вирусологические,иммунологические; функциональные методы:ЭКГ, суточ- ное мониторирование артериального давления, электрокардиограммы, спирография,пневмотахометрия,пикфлоуметрия,рэоэнцефалография,кардиография рентгенологические методы обследования, флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография; ультразвуковые исследования, доплерографические исследова ния;введение лекарственных препаратов по назначению врача,в том числе в/м, в/в,п/к,в/к,в/в капельно;медицинский массаж;лечебная физкультура, физиолечение.Я информирован(на) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения В случае возникновения непредвиденных ситуаций, осложнений в ходе медицинского вмешательства я согласен(на) на применение тех мероприятий, которые, по мнению врача, целесообразны в таком случае Я извещен(на) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых непрописанных лекарств. Я предупрежден(на) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.**Я** разрешаюпередаватьинформацию о факте моего обращения за медицинской помощью, диагнозе и иных сведений, полученных при моем лечении и обследовании, следующим лица**(**ф.и.о. гражданина или законного представителя**)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Дата**\_\_\_\_\_\_\_\_**Подпись**\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Врач (Ф.И.О.,должность)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_Документы(паспорт,страховой медицинский полис)отданы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Решение о мед.вмешательстве без согласия пациента «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_\_г.Время\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии со статьей 20 части 9 ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21 ноября 2011 года принято решение о необходимости медицинского вмешательства по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека без согласия пациента в его интересах.Основание (нужное подчеркнуть):состояние больного ,не позволяющее выразить его волю;отсутствие законного представителя больного (не достигшего 15-летнего возраста или лица,признанного в установленном законом порядке недееспособным)

Консилиум врачей :Ф.И.О,должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О. должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_