ООО «Академия-ВИП.» №Л041-01164-52/00369992 от 08.04.2020 года
ИНН 5260140104
ОГРН 1045207475939

Утверждено приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. № 1051н

Информированное добровольное согласие

на медицинское вмешательство/диагностику/лечение

в ООО «Академия-ВИП.»

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

_____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении (если ребенок — вписывается ребенок) _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

_____ г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента (ребенка) при подписании законным представителем)

_____

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. М 390н (а именно: на проведение опроса, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза: осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование, антропометрическое исследование, термометрию, тонометрию, исследование органов слуха, тонометрию, исследования нервной системы, неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций, в том числе: визометрию, биометрию, тонометрию, топограмму, томографию сетчатки, роговицы и зрительного нерва, определение цвето- и светоощущения, периметрию, цифровой анализ зрительных холмов, офтальмоскопию, биомикроскопию, рефрактометрию, кератометрию, бесконтактное комплексное исследование систем глаза, пахиметрию, анализ в программе Oculix, определение wtw, компьютерную диагностику зрения с тестами, исследование нервной системы (чувствительной двигательной сферы), лабораторные методы исследования, функциональные методы исследования, в том числе ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование ЭКГ, спирографию, пневмотахиметрию пикфлуометрию,

кардиотокографию (для беременных): рентгенологические методы исследования, ультразвуковые исследования и доплеграфические исследования: введение лекарственных препаратов по назначению врача, инъекции, медицинский массаж) или лицом, законным представителем которого я являюсь в ООО «Академия-ВИП.».

Медицинским работником_____
_____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

- Я ознакомлен(а) с распорядком работы и правилами получения медицинской помощи в ООО «Академия-ВИП.» и обязуюсь их соблюдать;

- Добровольно даю свое согласие на оказание мне первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи;

- Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

- Я информирован(а) в доступной форме о целях, методах, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (лицу мной предоставленному) делать во время их проведения;

- Я информирован(а) о возможных вариантах лечения, рисках и возможных осложнениях;

- В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнения, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи;

- Я извещен(а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшения самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных лекарств;

- Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдения лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение смогут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состояния здоровья;

- Я согласен(а) получать помощь в полном объеме, которая превышает объем стандарта медицинской помощи, либо в меньшем объеме, чем предусмотрено стандартом – в зависимости от клинической рекомендации, поясненной в доступной форме мне врачом;

- От лечащего врача я получил(а) информацию об используемых и назначаемых препаратах, при этом некоторые препараты могут назначаться off-label – вне инструкции: показания к применению или способы введения не соответствуют или не указаны в инструкции к применению, но имеются данные об его эффективности в научной печати о способах введения препаратов, его дозировке и лекарственной форме, о возможности аллергических реакций и побочных действий. Я осознанно принимаю решение об их применении/назначении мне;

- 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 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(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

- Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование в предложенном объеме;

- Информирован(а) о том, что медицинская помощь оказывается также в соответствии с Порядками, стандартами, на основе клинических рекомендаций либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или манипуляций, в том числе в объеме меньшем или превышающем медицинские порядки, стандарты и клинические рекомендации;

- Срок предоставления медицинской помощи определяется по согласованию с врачом в зависимости от клинической ситуации;

- Я информирован (а) о возможности получения медицинской помощи в рамках Гос.Гарантий гражданами бесплатно;

- Выражаю согласие и прошу клинику о получении информации по любым мессенджерам и в виде смс при необходимости.

- Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. М 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным

представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон, кому доверяю сведения)

Подпись/расшифровка Пациента/Законного представителя:_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Расписался в моем присутствии: _____

(Администратор) _____ подпись _____

"__" _____ г.

(дата оформления)