

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

(на основе Формы, утвержденной Приказом Минздрава России от 20.12.2012 N 1177н)

Я, [Пациент ФИО], [ДатаРождения]г.р.

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), а также следующих видов медицинских вмешательств (медицинских услуг): в Обществе с ограниченной ответственностью «Клиника неврологии» (Лицензия на осуществление медицинской деятельности: ЛО-59-01-004872 от 25.01.2019 г.) на весь период действия договора об оказании медицинских услуг.

Медицинскими работниками ООО «Клиника неврологии» в доступной для меня форме мне 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.

- Я, получив от сотрудников полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в т.ч. в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить. Я ознакомлен с положением об организации платных услуг в Организации.

- Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

- Я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства.

- Я получил (а) подробные объяснения по поводу состояния моего здоровья, моего заболевания, осведомлен (а) об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая анестезию и прием лекарственных средств, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений:

- аллергические реакции и др.

- Я ознакомлен (а) со всеми требованиями и рекомендациями, которые обязуюсь соблюдать.

- Я предупрежден (а), что несоблюдение требований и/или рекомендаций врача может повлечь за собой не достижение ожидаемого по окончании оказания медицинских услуг результата по вине пациента.

- Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением: \_\_\_\_\_ (указать какие, если имеются исключения).

- До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях, в т.ч. связанных с введением медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

- Я согласен (а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением: \_\_\_\_\_ (указать какие, если имеются исключения).

- Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

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

- Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение назначенного лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения, снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил (а) в известность о необходимости предоставления медицинским работникам медицинской организации сведений обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (Пациентом) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической

- Я удостоверяю, что получил(а) полную информацию обо всех медицинских услугах, оказываемых медицинской организацией, перечень которых указан в Прайс-листе на медицинские услуги, о программах медицинского обслуживания, о правах и обязанностях пациента, в том числе о праве Пациента на отказ от медицинского вмешательства, о порядке и условиях оказания медицинских услуг в Клиниках медицинской организации, а также информацию о медицинской организации, осуществляющей медицинское вмешательство, о наличии лицензии, о врачах-специалистах, уведомлен(а) о том, что данная информация доступна в любой Клинике медицинской организации.

- Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами договора об оказании платных медицинских услуг, в рамках которого мне (Пациенту) оказываются медицинские услуги, со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и объем

предоставленной информации меня удовлетворяет, понятен смысл сообщенной мне информации и терминов, на меня не оказывалось давление.

- Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми.

- Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

- 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» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

- Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны дополнительные медицинские услуги, которые я хочу получить в Организации и согласен(на) оплатить лечение.

- Я ознакомлен с действующим прейскурантом (тарифами) и согласен оплатить стоимость медицинской услуги в соответствии с ним.

- Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу Организации.

- Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания, иных проблем со здоровьем могу получить медицинскую помощь в других медицинских организациях, и подтверждаю свое согласие на получение желаемых медицинских услуг в Организации.

- Настоящее согласие мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

**Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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):**

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон, кому я доверяю передавать всю информацию о моем здоровье, входящую в медицинскую тайну)

### Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

- |  |   |
|--|---|
| 1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.                          | 9. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, спирография, пикфлоуметрия.                       |
| 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация.                     | 10. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно. |
| 3. Антропометрические исследования.  | 11. Медицинский массаж.   |
| 4. Термометрия. 5. Тонометрия.   | 12. Ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.   |
| 6. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). | 13. Мануальная терапия и остеопатия 14. Иглорефлексотерапия.  |
| 7. Лечебная физкультура. 8. Диетология   |   |

[Дата] г.

\_\_\_\_\_/ <Пациент Фамилия и инициалы>

\_\_\_\_\_/ <Специалист Фамилия и инициалы>

Фамилия и инициалы потребителя или за-  
представителя

Фамилия и инициалы врача

