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 оказания 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, пикфлуометрия.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация.	10. Травматология и ортопедия
3. Антропометрические исследования.	11. Медицинский массаж.
4. Термометрия. 5. Тонометрия.	12. Ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.
6. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).	13. Педиатрия 14. Мануальная терапия
7. Лечебная физкультура.	

[Дата] г.

_____/ <Пациент Фамилия и инициалы> _____/ <Специалист Фамилия и инициалы>

Фамилия и инициалы потребителя или зак. представителя

Фамилия и инициалы врача