

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, 1900 года рождения, проживающий (ая) по адресу

В отношении несовершеннолетнего ребенка «Заказчика» 1900 года рождения

Настоящим 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. № 390н (далее по тексту – «Перечень видов медицинских вмешательств»), в ООО «ЯСНЫЙ ВЗОР»

Я подтверждаю, что для принятия решения о настоящем Согласии я достаточно информирован(а)/ознакомлен(а) в доступной для меня форме медицинским работником ООО «ЯСНЫЙ ВЗОР»

- о Перечне видов медицинских вмешательств;
- о целях, способах и сроках оказания медицинской помощи, связанном с ними риском, возможных вариантах медицинских вмешательств, их последствиях, а также предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;
- о рисках и возможных осложнениях оказания медицинской помощи, в том числе медицинских вмешательств, а также возможных негативных последствиях лечения, включая летальный исход, несвоевременного лечения или не лечения моего заболевания с учетом факторов риска и настоящего состояния моего здоровья;
- о реабилитационном периоде после оказания медицинской помощи, в том числе медицинских вмешательств, о сроке восстановления и возможных ограничениях (в т.ч. нетрудоспособности), сопутствующих этому периоду;
- я подтверждаю, что для принятия решения о настоящем Согласии я достаточно информирован(а) о других альтернативных способах решения моих медицинских проблем;
- я проинформирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах предлагаемого мне медицинского вмешательства, диагностических и лечебных процедур и возможности непреднамеренного причинения вреда моему здоровью при их проведении, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения;
- я понимаю необходимость проведения указанного медицинского вмешательства. Мне полностью ясно, что во время манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения), на которые я даю согласие медицинским работникам;
- я предупрежден(а) 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 уполномочиваю медицинских работников выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения и диагностики, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций в процессе оказания мне оказываемого медицинского вмешательства.
- я извещен(а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать медицинским работникам о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;
- я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;
- я поставил(а) в известность медицинского работника 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; я согласен(на) на проведение медицинского вмешательства другими медицинскими работниками с учетом сохранения врачебной тайны;
- мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- мне понятно назначение данного документа, полученных разъяснений и они меня удовлетворяют
- 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. N 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), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

врач-офтальмолог Идрисова А.А.

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

_____ Г.
(дата оформления)