



ООО «ЦЕНТР РЕПРОДУКЦИИ ЧЕЛОВЕКА И ЭКО»

344068 Российская Федерация, г. Ростов-на-Дону, ул. Бодрая, влд. 90, т. (863)235-87-77

Лицензия № Л041-01050-61/00351027 от 24.08.2018 г.,
выдана Министерством здравоохранения Ростовской области
(344029 г. Ростов-на-Дону, ул. 1^{ой} Конной Армии, 33 тел.(863) 242-42-14)

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

Я, _____

(Фамилия Имя Отчество)

Паспорт гражданина РФ: серия _____ № _____, выдан (кем, когда) _____

Адрес: _____

Контактный телефон: _____

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование, антропометрические исследования, термометрия, тонометрия, неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных), рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно, медицинский массаж, лечебная физкультура, 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 23.04.2012 г. №390н (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО «ЦЕНТР РЕПРОДУКЦИИ ЧЕЛОВЕКА И ЭКО» (далее – Центр).

Медицинским работником

_____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

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. 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 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья.

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Подпись Пациента

_____ (Ф.И.О.)

_____ Подпись

Подпись Врача

_____ (Ф.И.О.)

_____ Подпись

Дата _____

Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленными в Центре и обязуюсь их соблюдать; извещена о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и выполнять назначенное лечение, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств; предупрежден(а) и осознаю, что 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 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, биологически активных пищевых добавках. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я информирован(а) о том, что медицинский персонал сделает все от него зависящее для предотвращения осложнений обследования и лечения и:

-согласен(а) / не согласен(а) (**отметить необходимое**) на осмотр другими медицинскими работниками исключительно в медицинских, научных целях с учетом сохранения врачебной тайны;

-разрешаю / не разрешаю (**отметить необходимое**) проводить анализ медицинской документации, касающийся моего здоровья, с целью оценки качества медицинской помощи должностным лицам ООО «ЦЕНТР РЕПРОДУКЦИИ ЧЕЛОВЕКА И ЭКО», независимым специалистам, привлеченным к проведению экспертизы в соответствии с действующим законодательством РФ, правоохранительным органам.

-разрешаю / не разрешаю (**отметить необходимое**) предоставлять информацию о моем нахождении и состоянии указанным лицам

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

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

Я подтверждаю свое волеизъявление: **подписью в соответствующей строке:**

_____ «Согласовываю оказание мне медицинских услуг в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи».

_____ «Согласовываю оказание мне медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи».

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

Я информирован(а) о порядке и сроках получения медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние моего здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы в порядке и сроки, установленные Приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

Ответственность за достоверность предоставления личных данных и соответствие подписи пациента при заполнении информированного согласия несет пациент.

Подпись Пациента _____

(Ф.И.О.)

Подпись

Я свидетельствую, что разъяснил Пациенту(ке) суть, ход обследования и лечения, риск медицинского вмешательства, дал ответ на все вопросы.

Пациент(ка) расписался (ась) в моем присутствии.

Подпись Врача _____

(Ф.И.О.)

Подпись

Дата _____