

ООО «Клиника инновационной косметологии «Садко»

ОГРН 1175275010844 Юр.адрес:603057, г.Н.Новгород, ул. Бекетова, д.13 Тел./факс (831) 250 30 30

Наша клиника строго руководствуется:
-Федеральным законом от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации",
-Постановлением Правительства от 11.05.2023 N 736

"Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006",
-Законом РФ от 7 февраля 1992 г. N 2300-1 "О защите прав потребителей",
-современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного добровольного согласия пациента.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся информация о предстоящем лечении и что я согласен (на) с названными мне условиями его проведения

1. Я, _____ (ФИО) _____ года рождения,
проживающий (-ая) по адресу _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, паспорт: _____, выдан: _____ являюсь законным представителем
(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка:

(Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения)

соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач

Клиника вправе заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

2. Я добровольно даю свое согласие на проведение опроса, в том числе выявление жалоб, пальпацию, перкуссию, аускультацию, сбор анамнеза, осмотр, антропометрические исследования, введение медицинских препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, медицинский массаж, физиолечение (в т.ч. грязе- и водолечение), термометрию, тонометрию.

3. Медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинских вмешательств, их характер, связанный с ними риск, неблагоприятные эффекты диагностических и лечебных процедур, возможные варианты медицинских вмешательств, процесс их оказания (что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения), их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской услуги. Я понимаю и обязуюсь сообщать медицинскому работнику о любом ухудшении самочувствия моего (представляемого лица).

4. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, указанных выше. Я понимаю, что в случае отказа от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, указанных выше, обследование и лечение будет проведено не в полном объеме, что может быть недостаточным для постановки правильного диагноза и назначения правильного лечения.

5. Я ознакомлен (а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в Клинике, и обязуюсь их соблюдать.

6. Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, указаний, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок, осложнить процесс лечения или отрицательно сказаться на моем/представляемого лица состоянии здоровья. Я признаю, что несу ответственность за результаты лечения в случае отклонений от соблюдения предписаний медицинского работника.

7. 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 гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

8. Настоящим я подтверждаю, что сообщил(а) точную информацию обо всех проблемах, связанных с моим/ представляемого здоровьем, о наличии сопутствующих хронических и перенесенных заболеваний, соматических патологиях, в том числе о любых формах аллергических проявлений и реакций, в том числе о индивидуальной непереносимости лекарственных средств, сведения о лекарственных средствах и лекарственных препаратах, принимаемых в настоящее время, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, обо всех имеющихся у меня (представляемого) заболеваниях, об инфицировании ВИЧ инфекцией, туберкулезом, вирусным гепатитом, венерическими заболеваниями, а также о перенесенных травмах, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня/лица, представителем которого я являюсь во время жизнедеятельности, а также об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на здоровье. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также о употреблении алкоголя, токсических или наркотических средств

Дата, ФИО, подпись, расшифровка пациента/законного представителя

Я согласен(на) на осмотр, проведение обследования и лечение, в том числе с применением лекарственных средств и лекарственных препаратов медицинскими работниками ООО «Клиника современных технологий «Садко».

Я проинформирован(а) о возможности и условиях получения бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, своей подписью я даю свое согласие на получение медицинских услуг на платной основе в данной медицинской организации, готов(а) и обязуюсь их оплатить.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворительные ответы. Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в данной медицинской организации.

Настоящее согласие дано мной добровольно на весь срок действия Договора оказания поликлинических услуг.

Медицинский работник разъяснил всю полную и достоверную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, дал ответы на все вопросы и расписался в моем присутствии.

Table with 3 columns: Дата, ФИО, подпись пациента/законного представителя, ФИО, должность, подпись медицинского работника

**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, _____, «__» _____ г. рождения
(Ф.И.О. гражданина)

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо 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 23.04.2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 05.05.2012 г. № 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи /получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

Общество с ограниченной ответственностью «Клиника инновационной косметологии «Садко» (ИНН 5262346559, ОГРН 1175275010844, юр. адрес 603057, Нижегородская область, г. Нижний Новгород, ул. Бекетова, д.13, П8, П9)

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

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 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 или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

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

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

«__» _____ 20__ г.
(дата оформления)

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.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.