

Информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации

Я, _____ (Ф. И. О(далее – Пациент), обратившись за медицинской помощью в ООО «АЛЛОРО» (далее – Клиника), в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ № 323) проинформирован о том, что для определения состояния моего (представляемого) здоровья, получения сведений о наличии у меня (представляемого) заболевания (состояния), для установления моего (представляемого) медицинского диагноза, дальнейшего планирования и оказания медицинских услуг, мне (представляемому) необходимо пройти (полностью либо в части) первичный план обследования и лечения.

Я даю при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) в ООО «АЛЛОРО» следующих медицинских вмешательств, включенных 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 Минздравсоцразвития РФ от 23.04.2012 № 390н, в частности: на 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, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных), рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно; медицинский массаж, лечебная физкультура.

При необходимости проведения иных медицинских вмешательств я (мой представляемый) буду (-ет) уведомлен дополнительно.

Я согласен (-на) на оказание мне (представляемому) вышеуказанных медицинских вмешательств как на этапе первичного обследования, так и в дальнейшем при оказании мне (представляемому) Клиникой платных медицинских услуг.

Я проинформирован (-а) о:

- целях, методах оказания вышеуказанных медицинских вмешательств, связанном с ними риске, альтернативных медицинских вмешательствах, их последствиях, в том числе вероятности развития осложнений, а также предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

- праве отказаться от любых медицинских вмешательств за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 ФЗ № 323. Данный отказ оформляется письменно.

- том, что несоблюдение указаний Клиники (медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне (представляемому) медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего (представляемого) здоровья.

- медицинская информация, в том числе медицинская документация, составляют врачебную тайну. Клиника гарантирует конфиденциальность такой информации.

Я удостоверяю, что:

- мне (представляемому) не был поставлен диагноз «наркомания» по результатам медицинского освидетельствования в соответствии с Федеральным законом от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».

- не признан судом недееспособным вследствие психического расстройства и надо мной не установлена опека, равно как я и не ограничен судом в дееспособности вследствие наличия психического расстройства или пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами и надо мной не установлено попечительство.

Подписывая настоящее согласие, я полностью и безоговорочно принимаю условия публичной оферты ООО «АЛЛОРО» (акцептую оферту), что в соответствии со ст. 434, 438 Гражданского Кодекса РФ приравнивается к письменной форме заключения сделки (договора об оказании платных медицинских услуг). Однако я проинформирован, что при моем или Клиники желании договор может быть заключен и в простой письменной форме.

Я разрешаю:

передавать мне информацию о состоянии моего (представляемого) здоровья в случае неблагоприятного прогноза развития моего (представляемого) заболевания.

предоставлять мою медицинскую и иную информацию (в том числе документацию) (разгласить врачебную тайну) следующим лицам:

(Ф. И. О. лица, телефон)

Пациент _____ (подпись, Ф. И. О.)

Беседу провел медицинский работник _____

« ____ » _____ 20__ г.