

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Согласие пациента на медицинское вмешательство означает лишь реализацию его права обладать информацией для принятия решения о вмешательстве и не означает освобождение исполнителя медицинской услуги от ответственности за ее ненадлежащее оказание.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество гражданина, законного представителя),
«__» _____ г.р., зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина или законного представителя)
настоящим в соответствии с частью 7 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю информированное добровольное
согласие на проведение мне (лицу, законным представителем которого я являюсь)

(ФИО, дата рождения)

на проведение стандартного офтальмологического обследования с консультацией врача офтальмолога, а так же на проведение дополнительных методов обследования, в том числе, виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее – Перечень), в частности, для проведения опроса, осмотра, неинвазивных исследований органа зрения и зрительных функций и иных вмешательств из перечня в ООО «Смотри Самара».

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.

Я осознаю и понимаю о возможных побочных эффектах и осложнениях, обусловленных особенностями моего организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, предъявляемым к методам диагностики, профилактике и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение и последствия.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(а) выполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ООО «Смотри Самара».

Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ООО «Смотри Самара».

Настоящее информированное согласие мной прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю свое согласие на их применение.

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».

Я поставил(а) в известность медицинского работника обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов.

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)

Я удостоверяю, что текст данного информированного согласия мною прочитан, полученные объяснения меня удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа.

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

(подпись)

(дата)

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

(подпись)

(дата)