



Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (процедуру)

Я «Пациент», _____ «____» _____
_____ г. р., проживающий по адресу _____
(адрес законного
представителя) _____

в рамках договора

на оказание платных медицинских услуг, даю свое согласие медицинским работникам ООО «Медпрактика» на следующие виды медицинского вмешательства **(нужное подчеркнуть)**:

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. Ультразвуковые исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожное.
13. Медицинский массаж.
14. Проведение аллергопроб
15. Согласие на забор анализов и передачу информации о своем заболевании третьим лицам
16. _____ (иное вписать)

В связи с тем, что побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания медицинской помощи не может полностью исключить их вероятность, «Исполнитель» не несет ответственности за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований и стандартов.

Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения указанной манипуляции (процедуры). Мне полностью ясно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения). Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на манипуляцию мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Согласно Федерального закона №323-ФЗ п.5 ч.3 ст.19 от 21.11.2011 г., Я предоставляю право передавать информацию о состоянии моего здоровья следующим лицам: _____

Пациент _____ (подпись пациента, доверенного лица, законного представителя несовершеннолетнего пациента, Ф.И.О., реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента)

_____ (подпись лечащего врача, анестезиолога, медицинской сестры)

Я выражаю свое согласие на передачу данных о своей истории болезни доверенному лицу _____