

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

при оказании медицинских услуг, диагностических исследований (мероприятий), лечебно–профилактического назначения и других востребованных мероприятий далее (Процедуры):

Кт

Граждан/ин/ка подпись _____

(Ф.И.О. полностью, дата рождения), паспорт гр-на РФ серия __ номер __,

выдан: «__» __ 20 __ г.,

кем: __

место регистрации:

адрес фактического проживания

телефон __, эл. почта __

Поставлен(а) в известность о том, что мне, согласно моей добровольной воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях, целесообразности проведения Процедуры:

Добровольно даю свое согласие на проведение в соответствии с назначениями лечащего врача диагностических исследований и лечебно– профилактических мероприятий, приобретение для этих процедур лекарственных препаратов и расходных материалов, а также гарантирую их оплату в сумме, рассчитанной после оказания услуг.

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, альтернативы предлагаемой Процедуре:

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 РФ».

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы. Я понимаю, что в ходе выше указанной могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный характер действий или требующие дополнительных вмешательств и процедур.

Я согласен (а) на выполнение всех дополнительных действий, в которых возникнет необходимость при проведении диагностических исследований.

Я понимаю, что всегда есть риск применения лекарственных препаратов и такой риск мне был полностью объяснен.

Я признаю, что проведенная процедура может не привести к ожидаемому эффекту.

Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью.

Я извещен(а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные лекарственные препараты и выполнять назначения лечащего врача, немедленно сообщать лечащему врачу; персоналу ООО «МеДион» (перед/во время выполнения диагностических исследований и непосредственно после их проведения) о любом ухудшении своего самочувствия, согласовывать с лечащим врачом применение любых, не назначенных им лекарственных препаратов.

Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от Процедуры, несоблюдение или самовольное применение лекарственных препаратов может привести к нежелательным последствиям для моего здоровья.

Я обязуюсь поставить в известность лечащего врача (персонал ООО «МеДион» перед проведением диагностических исследований) обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мной заболеваниях и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня за время моей жизнедеятельности, о применяемых лекарственных препаратах.

Я согласен(а), чтобы в ходе манипуляций выполнялись фото-, видеосъемка, при условии, что идентификации меня не будет, и материал останется анонимным.

Я признаю, что нет гарантий, что произведенная мне Процедура даст положительные результаты, которые ожидаются от этой процедуры.

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

Я ознакомлен(а) и согласен(а) с правилами предоставления платных медицинских, которые размещены в доступном месте.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) всё, и что до моей подписи оставленные пространства не были заполнены или исправлены.

Я ознакомлен(а) с положениями ст. 29-32 Закона №2300-1 «О защите прав потребителей» в т.ч. с правом на отказ от исполнения договора, правом на уменьшение цены при обнаружении недостатков, правом составления твердой сметы по моему требованию. Понимаю, что могу получить аналогичную медицинскую помощь бесплатно в рамках программы ОМС, о чем проинформирован отдельно.

Я даю свое осознанное и добровольное согласие на обработку (автоматизированную и без использования средств автоматизации) моих персональных данных (Ф.И.О., паспортные данные, адрес и место прописки, номера телефонов, e-mail и пр.), в соответствии с п. 3 ч. 1 ст.3 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», в т.ч. со сведениями о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни и здоровья, представленных в ООО «МеДион». Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Никаких претензий к учреждению, сотрудникам Исполнителя, врачу-рентгенологу не имею.

Обязуюсь оплатить стоимость лечебных / диагностических / оперативных / и прочих мероприятий в полном объеме в день предоставления услуги.

(Ф.И.О. пациента полностью) (Подпись)

«__»____202__г.

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. № 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:

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

(подпись) (Ф.И.О. (при наличии) гражданина (пациента) или его законного представителя)

Расписался в моем присутствии

(Ф.И.О. рентгенолаборанта) _____

Врач-рентгенолог: