

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____ г.рождения, (степень родства: _____)

зарегистрированный(ая) по адресу: _____

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий(ая) по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении: _____ г.рождения

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем, указание на родственные отношения)

проживающий(ая) по адресу: _____

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Даю информированное добровольное согласие в Общество с ограниченной ответственностью ООО "ЮНИЛАБ-ВЛАДИВОСТОК" (ОГРН 1032501275510, ИНН/КПП 2536130291/253601001) (по тексту – «Исполнитель») 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 апреля 2012 г. № 390н для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно. Я проинформирован (-на), что отказ от рекомендованных Исполнителем дополнительных услуг (вмешательств), а также несоблюдение методов подготовки к диагностическим исследованиям может оказать существенное негативное влияние на оказание основной услуги, сделать невозможным или затруднить достижение положительного результата, привести к негативным последствиям для здоровья.

Я информирован и согласен, что в ходе оказания медицинской услуги и после ее окончания могут возникнуть негативные последствия и особенности, присущие конкретному заболеванию или виду медицинских вмешательств, которые периодически наблюдаются среди пациентов даже при условии надлежащего оказания медицинской услуги, в частности: после взятия крови возможны болезненные ощущения и/или воспаление мягких тканей в зоне пункции, образование гематомы, локальный флебит, повреждение нерва в результате его укола или сдавления вследствие образования гематомы, местной реакцией кожи на препараты антисептиков, клейкую основу лейкопластыря. После взятия мазка (соскоба) со слизистых оболочек урогенитального тракта возможны в течение нескольких дней чувства дискомфорта, жжения, появление незначительного количества кровянистых выделений. Процедура взятия мазка (соскоба) из рото- и носоглотки может спровоцировать кашель, чихание, иногда рвоту. После взятия мазка (соскоба) с наружного слухового прохода конъюнктивы глаз в течение нескольких дней возможны чувства дискомфорта, незначительная болезненность. Инъекционное введение препаратов может осложниться болезненностью, воспалением мягких тканей в месте инъекции, образованием гематомы, инфильтрата, абсцесса, некрозом тканей, повреждением нерва в результате его укола или сдавления вследствие образования гематомы, воздушной или медикаментозной эмболией, флебитом, сепсисом, аллергическими реакциями (в том числе анафилактическим шоком), поломкой иглы. При проведении УЗИ возможно чувство легкой болезненности тканей при давлении датчика в зоне интереса.

Я поставил в известность медицинского сотрудника обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я согласен на передачу сведений о моем состоянии, составляющих врачебную тайну и персональные данные, лицам, осуществляющим представительство и защиту интересов исполнителя медицинских услуг в органах контроля и надзора, при претензионной работе и судебной подготовке; в судах, в иных случаях, когда передача информации обусловлена интересами пациента или требуется по закону, с учетом требований о сохранении врачебной тайны лицами, которым указанная информация станет известной при оказании мне медицинской помощи.

Медицинским работником Исполнителя 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. Подтверждаю, что я имел (-а) возможность задавать любые вопросы относительно мед. вмешательств, согласие на которые предоставлено в соответствии с настоящим документом, и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы относительно профилактики осложнений медицинского вмешательства.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в настоящее Согласие, 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".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 15 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:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСЬ ГРАЖДАНИНА

_____/ (подпись)
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя)

Тел: _____ Дата

ПОДПИСЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ИСПОЛНИТЕЛЯ

_____/ (подпись)
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Дата заполнения: _____ Дата