



ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ Пациента на проведение обследования и лечение в ООО Клиника «9 месяцев»

Я, _____ дата рождения _____

Проживающий (ая) _____,

в соответствии со статьей 20 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (утв.21.11.1011г. №323 ФЗ) подтверждаю свое добровольное согласие на проведение консультации(ий) обследования(ий) и лечения теми методами, которые применяются в ООО Клиника «9 месяцев» и которые посчитают необходимыми врачи, обязанные по должности принимать решения и имеющие соответствующую квалификацию, а именно (нужное обвести):

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).
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследования 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, кардиотокография (для беременных).
11. Ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе: перорально, внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
13. Медицинский массаж.

До моего сведения доведено, подробно и понятно разъяснено, что существует непредсказуемый риск развития осложнений, связанных с проведением лечебных мероприятий и приемом препаратов (в том числе кровотечения, местные реакции, кожные или слизистые аллергические реакции, тромботические осложнения, вегетативные нарушения).

Я подтверждаю, что в моих интересах, проинформировать лечащего врача обо всех имеющихся у меня и известных мне проблемах с моим здоровьем, о результатах ранее проведенных обследований и лечений, индивидуальной непереносимости и аллергических реакциях, и я так же понимаю, что нарушения врачебных рекомендаций, а так же сокрытие информации о состоянии моего здоровья может способствовать развитию местных и/или общих осложнений, или даже стать их причиной, и тем самым не буду возлагать ответственность на лечебное учреждение и врачей за последствия, которые могут возникнуть при отсутствии данной информации.

Я ознакомлена с правилами сдачи анализов и признаю тот факт, что не соблюдение этих правил может привести к искажению результатов исследования.

Я подтверждаю, что ознакомлена с Прейскурантом платных медицинских услуг, действующего на дату оказания медицинской услуги и подтверждаю своё добровольное согласие на оплату данных услуг, путем внесения денежных средств в кассу ООО Клиника «9 месяцев» или по безналичному расчету переводом на расчётный счёт ООО Клиника «9 месяцев».

Я согласна на передачу относящихся ко мне сведений, составляющих врачебную тайну, в Министерство здравоохранения Республики Татарстан (и в его структурные подразделения, в т.ч. должностным лицам), в иные государственные и муниципальные органы в сфере здравоохранения, в другие медицинские организации в целях медицинского обследования и лечения, а также в иных целях.

Я, имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил (а) на них исчерпывающие ответы, и имел (а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенные мне консультации, обследование и лечение.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от проведения консультаций, обследования и лечения, потребовать их прекращения, а также разъяснены возможные последствия такого отказа.

Настоящее согласие дано мной $\{date\}$ и действует бессрочно.

Пациент _____

(подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил (а) все вопросы, возникшие в связи с обращением пациента в Клинику, дал(а) ответы на все вопросы.

Врач _____

(подпись)

Дата _____