

Общество с ограниченной ответственностью «Медилабс»
194356, Россия, г. Санкт-Петербург, поселок Парголово,
ул. Заречная, д. 10, стр. 1, помещ. 56Н, ком. 2
ИНН 7802888023
КПП 780201001
ОГРН 1217800003410

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

(в соответствии со ст. 20 Федерального Закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ
"Об основах охраны здоровья граждан в РФ")

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
" ____ " _____ года рождения,
(дата рождения гражданина либо законного представителя)
Зарегистрированный(ая) по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
Проживающий(ая) по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении: _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
" ____ " _____ года рождения,
(дата рождения пациента при подписании согласия законным представителем)
Проживающего(ую) по адресу: _____
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие 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 (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

Обществе с ограниченной ответственностью «Медилабс»

(полное наименование медицинской организации)

находящемуся по адресу: 194356, Россия, г. Санкт-Петербург, поселок Парголово, ул. Заречная, д. 10, стр. 1, пом. 56Н, ком. 2;

оказывающее медицинские услуги по адресам:

194356, Россия, г. Санкт-Петербург, поселок Парголово, ул. Заречная, д. 10, стр. 1, пом. 56Н, ком. 2;

195220, г. Санкт-Петербург, муниципальный округ Пискаревка, Кушелевская дорога, дом 1, корпус 2, строение 1, помещение 63-Н;

188692, Ленинградская область, Всеволожский муниципальный район, Заневское городское поселение, г.

Кудрово, ул. Пражская, дом 14, пом. 1Н;

188677, Ленинградская область, Всеволожский муниципальный район, Мурино городское поселение, г.

Мурино, Воронцовский бульвар, дом 17, пом. 45Н.

Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать.

Медицинским работником

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние сведения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (заболевания представляемого), включая данные о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения.

Я понимаю, что для постановки диагноза и выбора лечения, выбранный мною лечащий врач может мне назначить дополнительные диагностические методы морфологического исследования клеток или тканей (биоптата), забранных во время проведения исследования, забора анализов для лабораторных исследований, в том числе клинических, биохимических, цитологических, бактериологических, вирусологических, иммунологических, введение лекарственных препаратов, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит

мне (представляемому, представляемой) делать во время их проведения.

Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому, представляемой) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, 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 предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым, представляемой) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого, представляемую) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Мне известно о том, что платные медицинские услуги (медицинское обследование и лечение), которые мне (представляемому, представляемой) оказывают в клинике Q-Clinic ООО «Схема лечения», я могу получать в системе государственной медицинской помощи на основе системы обязательного медицинского страхования.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

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. N 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:

(подпись)

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

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина, контактный телефон)

Расписался в моём присутствии:

_____ / _____
Подпись

ФИО

Медицинский работник: _____ / _____ / _____

Должность

Подпись

ФИО

« _____ » _____ 20 _____ г.

(дата оформления)

Примечания:

Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения. НЕ ДОПУСКАЕТСЯ отказ от лечения или медицинского вмешательства лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основании и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации. Пациент (представитель) имеет право отказаться от медицинских рентгенорадиологических процедур, за исключением профилактических исследований, проводимых в целях выявления заболеваний, опасных в эпидемиологическом отношении.

Граждане при осуществлении иммунопрофилактики имеют право на отказ от профилактических прививок. При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником. При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста 15 лет, либо законных представителей лица, признанного в установленном законном порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц.