

Информированное добровольное согласие на медицинское обследование и вмешательство (согласно ст. 20 Закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»)

Я, (полные ФИО гражданина либо законного представителя) _____
«__» _____ г.р., зарегистрированный по адресу: _____,
в отношении (ФИО пациента при подписании
согласия законным представителем) _____

«__» _____ г.р., зарегистрированного по адресу: _____
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств (далее - Перечень), утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2012 г. N390н, для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в ЗАО «Оптимедсервис» медицинским работником (должность, ФИО) _____

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

Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, а также сокрытие информации о состоянии здоровья может стать причиной или способствовать развитию осложнений.

Я информирован о возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, о том, что должен немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия во время проведения вмешательства.

Я осознаю, что обязан поставить в известность врача обо всех проблемах со здоровьем, аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарств.

Я даю добровольное согласие на применение, введение необходимых анестетиков (обезболивающих), мидриатиков (расширяющих зрачок) и других лекарственных препаратов по назначению врача.

Я даю информированное добровольное согласие на выполнение офтальмологического диагностического обследования и вмешательства персоналом Центра коррекции зрения «Оптик-Экспресс» (включая опрос, осмотр, тонометрию, исследования органа зрения с применением медицинского оборудования, лечение на аппарате «Визотроник»), консультацию офтальмолога/ медсестры и дополнительных процедур, которые могут потребоваться в целях диагностики, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций в ходе медицинского вмешательства, на использование результатов исследований в научных, статистических, учебных целях с условием невозможности идентификации личности (деперсонализации, анонимности).

Мне предоставлена возможность задать вопросы, на все вопросы были получены полные и всесторонние ответы, которые мною поняты. Я ознакомлен и согласен с текстом настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты. На всю полученную информацию в ходе медицинского вмешательства предоставлена гарантия конфиденциальности и врачебной тайны.

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 ч. 9 ст. 20 ФЗ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".

Мне рекомендовано не начинать потребление табака. При употреблении табака, мне рекомендовано прекратить его употребление и обратиться за медицинской помощью в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Даю согласие на сбор и получение информации с помощью средств связи для мониторинга качества оказания услуг.

Со сроками ношения и правилами эксплуатации контактных линз ознакомлен.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с ФЗ 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:

ФИО, телефон: _____

Пациент _____ / _____ / «__» _____ 20__ г.

Законный представитель _____ / _____ / «__» _____ 20__ г.

Настоящим удостоверяю, что я объяснил цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, предложил задать любые вопросы и на все вопросы дал исчерпывающие ответы, которые пациентом поняты.

Врач/ медсестра _____ / _____ / «__» _____ 20__ г.