МЕДГАРД
ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС

Приложение № 2
к Договору оказания платных медицинских услуг

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, нижеподписавшийся (аяся)_____,
(Ф.И.О. пациента, либо законного представителя)
обратившись за получением медицинских услуг в лечебно-диагностический комплекс ООО «Медгард-Саратов», в соответствии с Приказом МЗСН РФ от 23.04.2012 г. № 390н, Приказом МЗ РФ от 12.11.2021 г. № 1051н даю согласие на проведение мне /представляемому мной _____
(Ф.И.О. пациента)

при необходимости следующих вмешательств:

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), ректальное исследование. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. 7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. 8. Исследование 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, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных). 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования. 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно. 13. Медицинский массаж. 14. Лечебная физкультура.

Я понимаю, что во время вмешательства или после него могут появиться непредвиденные ранее неблагоприятные обстоятельства, а также могут возникнуть осложнения. При этом медицинские работники делают все возможное для предотвращения возможных осложнений в соответствии с действующими порядками и стандартами оказания медицинской помощи.

Я знаю, что невыполнение в полном объёме всех рекомендаций медицинского работника может быть причиной осложнений и неблагоприятных последствий медицинского вмешательства.

Я разрешаю предоставлять сведения о фактах моего обращения за медицинской помощью и состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при моем обследовании и лечении, в том числе в случаях неблагоприятного прогноза развития моего заболевания проверяющим и контролирующим органам в соответствии с Законодательством РФ, а также разрешаю предоставлять вышеуказанные сведения посредством обращения в регистратуру следующим лицам:

_____ ,
(Ф.И.О. полностью, контактный телефон)
_____
(Ф.И.О. полностью, контактный телефон)
_____

Иным лицам, в том числе состоящим со мной в родственных связях, не указанным мной выше я запрещаю, выдавать сведения обо мне, в том числе сведения, составляющие врачебную тайну.

Пациент (или его законный представитель) _____
(подпись, фамилия, инициалы)
_____
(реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента)

Дата: «____»_____ 20__ г.

Примечание:

В соответствии со ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет, а также в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.

Сведения в электронную базу данных внесены:

Медицинский работник _____
Подпись, Ф.И.О.