

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения,  
(фамилия, имя, отчество - полностью)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:**

Я, паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка:

(Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения)

1. Даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств, применяемые в отношении меня/лица, которого я представляю в ООО «Клиника современных технологий «Садко» по адресам, которые указаны в лицензии на осуществление медицинской деятельности: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин, девочек, в т.ч. кольпоскопия и забор мазков и соскобов), обследование наружных половых органов и забор мазков (для мужчин, мальчиков), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования (в т.ч. забор крови): клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, эхоэнцефалография, электроэнцефалография, видеомониторинг (ЭЭГ и видеомониторинг), электромиография, кардиотокография (для беременных); все виды эндоскопических исследований (ФГДС, ректороманоскопия, цистоскопия и др.), рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; пероральный прием лекарственных препаратов, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно, внутривенные вливания, ингаляции, тейпирование, криолечение и т.д.; физиотерапевтические процедуры, остеопатическое лечение, медицинский массаж; лечебная физкультура, зондовое промывание желудка, очистительные и сифонные клизмы и т.д., наложение повязок различного рода, проведение профилактических прививок и специфической иммунотерапии. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

2. Медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинских вмешательств, их характер, связанный с ними риск, неблагоприятные эффекты диагностических и лечебных процедур, возможные варианты медицинских вмешательств, процесс их оказания (что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения), их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Я понимаю и обязуюсь сообщать медицинскому работнику о любом ухудшении самочувствия моего (представляемого лица).

3. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, указанных выше. Я понимаю, что в случае отказа от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, указанных выше, обследование и лечение будет проведено не в полном объеме, что может быть недостаточным для постановки правильного диагноза и назначения правильного лечения.

4. Я ознакомлен (а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в Клинике, и обязуюсь их соблюдать.

5. Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, указаний, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок, осложнить процесс лечения или отрицательно сказаться на моем/представляемого лица состоянии здоровья. Я признаю, что несу ответственность за результаты лечения в случае отклонений от соблюдения предписаний медицинского работника.

6. Настоящим я подтверждаю, что сообщил(а) точную информацию обо всех проблемах, связанных с моим/представляемого здоровьем, о наличии сопутствующих хронических и перенесенных заболеваний, соматических патологиях, в том числе о любых формах аллергических проявлений и реакций, в том числе о индивидуальной непереносимости лекарственных средств, сведения о лекарственных средствах и лекарственных препаратах, принимаемых в настоящее время, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, обо всех имеющихся у меня (представляемого) заболеваниях, об инфицировании ВИЧ инфекцией, туберкулезом, вирусным гепатитом, венерическими заболеваниями, а также о перенесенных травмах, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня/лица, представителем которого я являюсь во время жизнедеятельности, а также об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на здоровье. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также о употреблении алкоголя, токсических или наркотических средств

Дата, ФИО, подпись, расшифровка пациента/законного представителя

Я согласен(на) на осмотр, проведение обследования и лечение, в том числе с применением лекарственных средств и лекарственных препаратов медицинскими работниками ООО «Клиника современных технологий «Садко».

Я проинформирован(а) о возможности и условиях получения бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, своей подписью я даю свое согласие на получение медицинских услуг на платной основе в данной медицинской организации, готов(а) и обязуюсь их оплатить.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворительные ответы. Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в данной медицинской организации.

Настоящее согласие дано мной добровольно на весь срок действия Договора оказания поликлинических услуг.

Медицинский работник разъяснил всю полную и достоверную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, дал ответы на все вопросы и расписался в моем присутствии.

Дата	ФИО, подпись пациента/законного представителя	ФИО, должность, подпись медицинского работника