

приказ 234

Информированное добровольное согласие
на проведение профилактического медицинского осмотра и диспансеризации
(на основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я,

(фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)

" " г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу:

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении

(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)

" " г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

поставлен (-а) в известность, что я (представляемый) обратился (-ась) за медицинской помощью в Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Центральная городская клиническая больница № 3 город Екатеринбург»

- Мне согласно моей воле даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого).

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

- Мне в полной и доступной для меня форме разъяснено, что медицинское вмешательство это выполняемые медицинским работником по отношению ко мне (представляемому) затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций.

- Мне (представляемому) медицинским работником

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме предоставлена полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства проведение профилактического медицинского осмотра и диспансеризации о его последствиях, в том числе вероятность развития осложнений вплоть до летального (смертельного) исхода, а так же о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

- Мною полностью осознана и понята предоставленная информация, о медицинском вмешательстве проведение профилактического медицинского осмотра и диспансеризации о целях, видах, методах оказания медицинской помощи мне (представляемому), связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, в том числе вероятность развития осложнений вплоть до летального (смертельного) исхода, а так же о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

- Добровольно даю согласие на медицинское вмешательство проведение профилактического медицинского осмотра и диспансеризации

- Мне (представляемому) разъяснено в доступной форме и мною осознано, что в ходе выполнения указанного медицинского вмешательства (лечения) мне (представляемому) может возникнуть необходимость выполнения другого медицинского вмешательства (дополнительные методы обследования, смена лечения). Я доверяю медицинским работникам проводить медицинские мероприятия мне (представляемому), которые ими будут выбраны в качестве необходимых для улучшения моего здоровья.

- Я информирован (-а) о целях, характере и возможных неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, осложнениях, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения.

- Я извещен (-а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения. Немедленно сообщать медицинскому работнику о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с медицинским работником прием любых, не прописанных препаратов, продуктов питания в период прохождения лечения.

- Я предупрежден (-а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья вплоть до летального (смертельного) исхода.

- Я поставил (-а) в известность медицинского работника обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем (здравием представляемого), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и продуктов питания, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической и биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) в период жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (-а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств мной (представляемым).

- Я __согласен (-на) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей

- Мне (представляемому) в доступной для меня форме разъяснено и мной осознано, что в любое время я (мой) представляемый) вправе отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, осмотра другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей в медицинских, научных или обучающих целях.
- Я __ согласен(-на) на информирование об оказании медицинских услуг, в том числе о необходимости прохождения медицинских осмотров, диспансеризации, посредством СМС-сообщений по номеру телефона:

+7 _____

- Я ознакомлен (-на) и согласен (-на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на вышеуказанное медицинское вмешательство в предложенном объеме.

- Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 ч.5 ст.19 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти: _____

(ФИО граждан, контактные номера телефонов)

- Разрешаю посещение в лечебном учреждении представляемого мною несовершеннолетнего лица, лица признанного недееспособным _____

(ФИО лица, которому разрешено посещение, лица, признанного недееспособным)

Дополнительная информация: _____

« ____ » 20 ____ года.

Подпись _____ и расшифровка _____ подписи _____ пациента/законного представителя _____

Расписался в моем присутствии:

(подпись)

(Ф.И.О., должность медицинского работника)

« ____ » ____ г.

(дата оформления)