

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ИБ №

Я, нижеподписавшийся(-шаяся), _____,

Зарегистрированный(-ая) по адресу: _____

паспорт: серия , _____ № , _____ выдан 0 _____

в соответствии с положениями статьи 20 Федерального Закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства, в том числе, 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 года № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года, регистрационный № 24082 (далее – Перечень), для получения медицинских услуг, в том числе, в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи / получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть) в медицинских организациях, входящих в состав многопрофильного медицинского центра «Консультант», в частности, на:

- 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, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных);
- 11) рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования;
- 12) введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно;
- 13) медицинский массаж;
- 14) лечебная физкультура,

а также на другие виды медицинских услуг, в том числе с использованием телемедицинских технологий:

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных варианты медицинских вмешательств, об их последствиях, в том числе о вероятности развития неблагоприятных эффектов диагностических процедур и развития осложнений во время или после медицинских вмешательств, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи (ожидаемом эффекте, возможном отсутствии положительного эффекта или ухудшении состояния и вероятном изменении качества жизни). Я проинформирован(-а) о том, что предстоит мне / несовершеннолетнему, законным представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть) делать во время проведения медицинского вмешательства и после.

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 частью 9 статьи 20 Федерального Закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я информирован(-а) о взаимном влиянии патологических процессов, прогнозе для здоровья и жизни, вероятном изменении качества жизни в случае отказа от предлагаемого медицинского вмешательства либо комплекса лечения.

Я информирован(-а) о возможных вариантах обследования, лечения, реабилитации основного заболевания с учетом мировой практики, а также с учетом сопутствующих заболеваний и возрастных изменений организма, применяемых в условиях данной медицинской организации, с учетом материально-технической базы и медикаментозного обеспечения, а также квалификации работающих специалистов и наличия разрешительных документов.

Я информирован(-а) о сути, этапах проведения предполагаемого медицинского вмешательства и срочности показанного медицинского вмешательства.

Я предупрежден(-а) и осознаю, что несоблюдение правил медицинской организации, рекомендаций медицинских работников, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс оказания медицинских услуг и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья / здоровья несовершеннолетнего, законным представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть).

Я обязуюсь ставить в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах; сообщать правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я проинформирован(-а), что в ходе проведения медицинского вмешательства может возникнуть необходимость других вмешательств, операций, лечебных мероприятий, не включенных в Перечень и не указанных выше. Я доверяю врачу и другим медицинским работникам принять соответствующие профессиональные решения и выполнить действия, которые врач сочтет необходимым для установления (уточнения) диагноза и улучшения состояния.

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

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 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):

1. _____

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

2.

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

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

"__" _____ 20__ г.

Я, _____, в соответствии с п. 3 ст. 13 Федерального закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", даю свое согласие должностным лицам организаций, входящих в состав Многопрофильного медицинского центра "Консультант" (ООО "Медрейд", ООО "Медпроф", ООО "Детская поликлиника Консультант", ООО "Консультант Фарм"), на взаимное предоставление сведений о состоянии моего здоровья, а также моей медицинской документации в целях оперативного оказания мне медицинских услуг, в том числе, медицинского обследования и лечения.

В соответствии с п. 1 ч. 1 ст. 6, ст. 9 Федерального закона РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие медицинской организации ООО «Медрейд» (г. Тула, ул. Коминтерна 20, оф. 20) на автоматизированную и неавтоматизированную обработку моих персональных данных, в т.ч. с использованием интернет-сервисов Google analytics, Яндекс.Метрика, LiveInternet, Рейтинг Mail.ru, Google Doubleclick в соответствии со следующим перечнем:

- фамилия, имя, отчество;
- пол;
- дата рождения;
- номер телефона;
- адрес электронной почты;
- сведения медицинского характера;
- иная информация, относящаяся к определяемому Пользователю;
- источник захода на сайт и информация поискового или рекламного запроса;
- данные о пользовательском устройстве (среди которых разрешение, версия и другие атрибуты, характеризующие пользовательское устройство);
- пользовательские клики, просмотры страниц, заполнения полей, показы и просмотры баннеров и видео;
- данные, характеризующие аудиторные сегменты;
- параметры сессии;
- данные о времени посещения;
- идентификатор пользователя, хранимый в cookie,

для обеспечения исполнения медицинской организацией обязательств и компетенций в соответствии с ФЗ РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными ПП РФ от 04.10.2012 № 1006 (записи на прием к специалистам медицинской организации и последующего заключения договора оказания платных медицинских услуг, оказания медицинских услуг, рассмотрения обращений по вопросам качества оказанных услуг), для целей повышения осведомленности посетителей сайта об услугах, оказываемых медицинской организацией, акциях, специальных предложениях, предоставления релевантной информации и оптимизации сведений информационного и рекламного характера.

Медицинская организация вправе осуществлять обработку моих персональных данных следующими способами: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Настоящее согласие вступает в силу с момента моего перехода (входа) на сайт медицинской организации и действует в течение сроков, установленных действующим законодательством РФ. Согласие может быть отозвано в порядке, установленном Федеральным законом РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

_____/_____ /_____ /