

Информированное добровольное согласие пациента или его законного представителя на медицинское вмешательство в отделении платных медицинских услуг КГБУЗ «Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер № 1»

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина), " ____ " _____ года рождения, паспорт: серия _____ N _____, выдан " ____ " _____ г. _____, зарегистрирован по адресу: _____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя), даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг мной или лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в _____ (полное наименование медицинской организации).

Медицинским

работником

(должность, Ф.И.О.

медицинского работника) в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы получения платных медицинских услуг, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

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

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), медицинских вмешательств: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза: осмотр, в том числе, пальпация, перкуссия, аускультация, определение дермографизма, измерение частоты дыхания, сердцебиения, и пульса, измерение объема лимфоузлов: риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), кольпоскопия, ректальное исследование антропометрические исследования: термометрия, тонометрия, не инвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; не инвазивные исследования органа слуха и слуховых функций, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), лабораторные методы обследования, в том числе: клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические (в том числе общего анализа крови и биохимического, исследование крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, функциональные методы обследования в том числе: электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления и электрокардиограмм, рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые. эндоскопические исследования, введение лекарственных препаратов по назначению врача: внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно. медицинский массаж, лечебная физкультура.

- Я информирован (информирована) о целях, характере, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения.

- Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врач(а) о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не

назначенных врачом лекарств;

- Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем в том числе: об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств:

- Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей, фотофиксацию исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны:

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств при получении платных медицинских услуг или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мной лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после моей смерти, или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после его смерти (ненужное зачеркнуть).

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

(подпись)

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

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

"__" ____ г.
(дата оформления)