

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ВОЕННЫЙ САНАТОРИЙ «КРЫМ»
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____

(фамилия, имя, отчество – полностью)

_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Паспорт (серия, номер)

выдан (когда, кем)

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 или лица,
признанного недееспособным: _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

поставлен (поставлена) в известность, что:

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

- я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, с действующим Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке, с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг и обязуюсь их соблюдать;

- добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) медицинского вмешательства:

1. Опроса, в том числе выявление жалоб, сбора анамнеза.

2. Осмотра, в том числе пальпации, перкуссии, аускультации, риноскопии, фарингоскопии, непрямой ларингоскопии, вагинального исследования (для женщин), ректального исследования.

3. Антропометрического исследования.

4. Термометрии.

5. Тонометрии.

6. Не инвазивных исследований органов зрения и зрительных функций.

7. Не инвазивных исследований органов слуха и слуховых функций.

8. Исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).

9. Лабораторных методов обследования, в том числе клинических, биохимических, бактериологических, вирусологических, иммунологических.

10. Функциональных методов обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных), велоэргометрия (ВЭМ).

11. Рентгенологических методов обследования, в том числе флюорографии (для лиц старше 15 лет) и рентгенографии, ультразвукового исследования, доплерографических исследований, УЗИ-остеоденситометрия.

12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, внутривенно капельно, подкожно, внутривожно, диагностических и лечебных пункций.

13. Медицинского массажа.

14. Лечебной физкультуры.

15. Физиотерапевтических процедур.

16. Эзофагогастродуоденоскопия.

17. Ректороманоскопия.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

- Я информирован (информирована) о целях и методах оказания медицинской помощи, связанном риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска медицинского вмешательства и врач дал мне понятные, исчерпывающие ответы. Я информирован (информирована) о целях и характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, 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 врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок и/или отрицательно сказаться на состоянии здоровья, осложнить процесс лечения;

- 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. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

СМОТРИТЕ ОБОРОТ БЛАНКА



- Я _____ согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;
- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;
- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам: _____

- Разрешаю посещение в лечебном учреждении представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным, следующим гражданам: _____

В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» своей подписью подтверждаю свое согласие на обработку работниками ФГБУ «Военный санаторий «Крым» Минобороны России персональных данных, а именно на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей и в своем интересе. В процессе оказания медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах моего обследования и лечения. Цель обработки персональных данных – оказание платных медицинских услуг по Договору. Настоящее согласие даю на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законами Российской Федерации.

“ _____ ” _____ 20 ____ года. Подпись пациента/законного представителя

Расписался в моем присутствии:
Врач _____ (подпись)
(Должность, Ф.И.О.)

ПРИМЕЧАНИЕ:

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением заместителя начальника санатория (по медицинской части), а в выходные, праздничные нерабочие дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением заместителя начальника санатория (по медицинской части), а в выходные, праздничные нерабочие дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация:

“ _____ ” _____ 20 ____ года. Подпись пациента/законного представителя

Расписался в моем присутствии:
Врач _____ (подпись)
(Должность, Ф.И.О.)

Консилиум врачей в составе:
Должность, Ф.И.О. и подпись

Должность, Ф.И.О. и подпись

Должность, Ф.И.О. и подпись

“ _____ ” _____ 20 ____ года

