

## Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств

Я, физическое лицо, достигшее 15 летнего возраста, обладая необходимой дееспособностью и правоспособностью согласно законодательству РФ в соответствии со ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» №323-ФЗ от 21.11.2011 добровольно подтверждаю согласие в отношении себя лично (моего ребенка / иного лица, чьим законным представителем я являюсь и в отношении которого принимаю решения) **на предоставление информированного добровольного согласия** на оказание мне медицинских услуг в ООО «Клиники Чайка», юридический адрес: 123112, г. Москва, Набережная Пресненская, д. 8, стр. 1, эт. 2, пом. I, ком. 18 ОГРН 1117746910027, ИНН 7702775040) и / или в ООО «СПОРТМЕДИЦИНА», юридический адрес: 121614, г. Москва, ул. Крылатская, д.15, ОГРН 1167746093910, ИНН 7731304889 (далее – «Клиника»), в т.ч. виды медицинских вмешательств, включенных 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 Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (далее – «Перечень»), для **получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь**, а именно даю свое согласие на опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрическое исследование; термометрия; тонометрия; не инвазивные исследования органов зрения и зрительных функций; не инвазивные исследования органов слуха и слуховых функций; исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); рентгенологические методы обследования, в том числе флюорографии (для лиц старше 15 лет) и рентгенографии, ультразвуковое исследование, доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно; медицинский массаж; лечебная физкультура.

Мне известны права пациента, предусмотренные ст. 18, 20-22, 28, 41 Конституции Российской Федерации, ст. 13, 19-22 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 16 Федерального закона от 29.11.2010 г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

В доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона РФ от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

- 1) Я извещен(а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначаемые врачом препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных врачом лекарств.
- 2) Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение назначенного лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения, снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.
- 3) Я поставлен(а) в известность о необходимости предоставления медицинским работникам медицинской организации сведений обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
- 4) Я удостоверяю, что получил(а) полную информацию обо всех медицинских услугах, оказываемых медицинской организацией, перечень которых указан в Прайс-листе на медицинские услуги, о программах медицинского обслуживания, о правах и обязанностях пациента, в том числе о праве Пациента на отказ от медицинского вмешательства, о порядке и условиях оказания медицинских услуг в Клиниках медицин-

ской организации, а также информацию о медицинской организации, осуществляющей медицинское вмешательство, о наличии лицензии, о врачах-специалистах, уведомлен(а) о том, что данная информация доступна в любой Клинике медицинской организации, а также на официальном сайте медицинской организации <http://www.chaika.com>.

- 5) Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами Договора-оферты, в рамках которого мне оказываются медицинские услуги, со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и объем предоставленной информации меня удовлетворяет. Мне понятен смысл сообщенной мне информации и терминов, на меня не оказывалось давление.
- 6) Мне известно, что я имею право отказаться от оказания части вышеупомянутых медицинских вмешательств или лечения целиком, оформив полный отказ от медицинских вмешательств.
- 7) Подписывая настоящее согласие, подтверждаю наличие у меня установленной законодательством способности приобретать и осуществлять гражданские права, создавать гражданские обязанности и исполнять их (гражданская дееспособность). Подтверждаю, что не лишен дееспособности ни полностью, ни частично.