

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ПЛАТНОЙ ОСНОВЕ

На основании части 2 статьи 19, статьи 84 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 21.11.2011 № 323-ФЗ и в соответствии с требованиями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736, я, _____, дата рождения _____, желаю получить платные медицинские услуги в ООО ММЦ «МЕДИКАЛ ПАРК», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

Я ознакомился (ась) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Удмуртской Республики», об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован(а).

Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи. Я ознакомлен с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях, на других условиях.

Получив от сотрудников ООО ММЦ «МЕДИКАЛ ПАРК» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

О входящих в оказываемый мне объем медицинской помощи услугах ознакомлен, с объемом медицинской помощи согласен.

Пациент:

Дата: _____ г.

Подпись:

Подпись медицинского работника / _____ / _____

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
с общим планом обследования и лечения**

«__» _____ 20__ г.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

ознакомлен (а) моим лечащим врачом _____
(фамилия, имя, отчество)

с намеченным мне общим планом лечения и полностью с ним согласна

Я лично получил (а) от лечащего врача разъяснения по поводу поставленного мне диагноза, мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я также получил (а) исчерпывающую информацию об особенностях течения заболевания, о характере, целях и вероятной продолжительности лечения, о вероятном прогнозе заболевания, возможных неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения.

Я ознакомлен (а) лично с планом предполагаемого медикаментозного лечения и действием лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами по согласованию с моим лечащим врачом. Мне даны полные разъяснения о возможных неблагоприятных эффектах лекарственных средств, а также о том, что предстоит мне делать в случае их возникновения.

Я понимаю необходимость проведения обследования и лечения, Я извещен (а) о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных препаратов (например, для лечения простуды, гриппа, головной боли и т.п.).

Я извещен (а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Согласна на активный контроль (патронаж) лечащего врача.

Со мной обсуждены последствия отказа от обследования и лечения. Я имел (а) возможность задать любые интересующие вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения, получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел (а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне обследование и лечение.

Я получил (а) информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости.

Мне полностью ясно, что во время указанного лечения (конкретной процедуры) или после него могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения). Я уполномочиваю врачей выполнить процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения доверяю своему лечащему врачу _____
(фамилия, имя, отчество)

Пациент (ка) _____

(подпись пациента либо его доверенного лица, фамилия, имя отчество, реквизиты документа,
подтверждающего право представлять интересы пациента)

Вышеизложенные обстоятельства и данное пациентом (законным представителем) добровольно и по здравому разумению согласие удостоверяют присутствовавшие при беседе:

лечащий врач _____
свидетели _____

(фамилии, имена, отчества и подписи врача, свидетелей)