

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Настоящее ИДС выполнено в соответствии со статьей 41 Конституции Российской Федерации, со ст.732 ГК РФ, ст.20 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст.10 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», разд. III Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью, читабельными буквами)

проживающий (-ая) по адресу: _____
Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
паспорт: серия _____ № _____ выдан: _____, _____ когда
_____ являюсь представителем (законным - мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель; по доверенности (нужное подчеркнуть)) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ года рождения
(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина - полностью),

желаю получить медицинскую помощь (услугу) в ООО «Фортуна», в связи с чем даю информированное добровольное согласие собственной волей на оказание мне (подопечному) медицинской помощи в отделении травматологии.

1. Мне, врачом ООО «Фортуна» _____ (далее по тексту - врач), согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого).

2. Врачом мне разъяснено, что успех моего (представляемого) лечения зависит от биологических и анатомических особенностей моего (представляемого) организма.

3. Врачом я ознакомлен(-а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в ООО «Фортуна» и обязуюсь их соблюдать; в случае не соблюдения (нарушения) - предупрежден о праве врача выписать меня с формулировкой «нарушение режима».

4. Я даю разрешение врачу составлять диагностические модели, проводить любые диагностические мероприятия, которые врач сочтет нужным провести для оценки состояния моего (или лица, интересы которого я представляю) здоровья и выявления заболеваний

5. Врачом я информирован(-а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, которые могут сопутствовать любому вмешательству в человеческий организм, таких как боль, тошнота, головокружение, аллергические реакции на медикаменты, гематомы и др. явления, которые зависят не только от применяемой техники и действий врача, но в гораздо большей мере от ответной реакции организма, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения.

6. Врачом я извещен (-а) о том, что мне (представляемому) необходимо: регулярно принимать назначенные лекарственные препараты и другие методы лечения; немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия; согласовывать с врачом прием любых лекарственных препаратов, не назначенных врачом.

7. Врачом я информирован(-а) о возможных побочных действиях от лекарственных препаратов, которые могут мне быть назначены в последующем. В связи с этим информирован (-а) о необходимости воздержаться от управления транспортными средствами или выполнения опасных для моего здоровья действий (работа на высоте, физическая нагрузка и т.п.).

8. Врачом я предупрежден (-а) и осознаю, что отказ от назначенного мне (представляемому) лечения, несоблюдение: лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема лекарственных препаратов, а также самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс моего (представляемого) лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего (представляемого) здоровья, вплоть до летального исхода.

9. Я поставил(-а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим (представляемого) 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(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, беспорядочных половых связях

_____ (перечислить аллергические реакции, факторы и т.п.).

10. Я согласен(-а) на осмотр медицинскими работниками с целью надлежащего оказания услуг (в т.ч. консилиумом врачей, врачами-консультантами, врачами-интернами, врачами-ординаторами, врачами-аспирантами, средним медицинским персоналом (студентами колледжей)).

11. Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у доктора и поэтому обязуюсь приходить (или приводить лицо, интересы которого я представляю) на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с врачом и записанному в истории болезни). Я понимаю, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Я согласен (согласна) соблюдать график посещения, не допуская систематических (более 2 раз) опозданий. Я согласен (согласна) с тем, что в случае опоздания на прием, продолжительность указанного приема может быть соответствующим образом сокращена.

12. Добровольно даю свое согласие врачу на проведение мне (представляемому) диагностических мероприятий, оперативного лечения (хирургического вмешательства), лечения:

Вид оперативного пособия, диагностического, лечебного	Дата	Ф.И.О пациента (доверенного лица)	Ф.И.О. врача

13. Врачом я ознакомлен о возможных последствиях проведения мне операции и диагностических мероприятий, лечений (во время или после), указанных в пункте 13 настоящего согласия (ВРАЧ-ПРОПИСАТЬ): _____

14. Врачом мне разъяснены альтернативные методы лечения, от которых я отказываюсь (ВРАЧ-ПРОПИСАТЬ (при наличии)): _____

15. Подтверждаю, что я ознакомлен(-а) врачом с характером предстоящего мне (представляемому) хирургического вмешательства. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения;

16. Врачом я ознакомлен(-а) и даю свое добровольное согласие на то, что во время хирургического (терапевтического или диагностического) лечения (вмешательства) может быть изменён объем и(или) вид медицинского вмешательства мне (представляемому) в связи с особенностями организма, которые невозможно определить перед началом оказания медицинской помощи, особенности формы заболевания, травмы (клинические ситуации), и(или) вновь выявленного заболевания, травмы, и(или) с техническими сложностями при выполнении хирургической операции.

17. Я подтверждаю, что мне врачом разъяснены права пациента при обращении за медицинской помощью и ее получении, на: выбор врача и выбор медицинской организации; профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинской организации в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям; получение консультаций врачей-специалистов; облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами; получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья; получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях; защиту сведений, составляющих врачебную тайну; отказ от медицинского вмешательства; возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи; допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав; допуск к нему священнослужителя.

18. Врачом я ознакомлен(-а) и согласен(-а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и поняты, добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме, при оказании платных медицинских услуг с прейскурантом ООО «Фортуна» цен на платные услуги ознакомлен.

19. Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания, травмы моим родственникам, законным представителям, гражданам: _____

(указать Ф.И.О., телефон)

20. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность любого человеческого организма, я согласен (согласна) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что мне не были даны и не могут быть даны какие-либо гарантии или заверения. Я понимаю, что врач просто использует общепринятые методы диагностики и лечения. Я понимаю, что врач не может нести ответственность за независимые от его воли явления, в том числе за обострение не диагностированных у меня или представляемого мной лица заболеваний, за постинъекционных осложнения, за любые действия любых других врачей.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом и отдаю себе отчет в том, что он влечет для меня (и/или представляемого мной лица) определенные правовые последствия.

21. Я даю свое согласие и разрешаю ООО «Фортуна» делать во время моего обследования, лечения, реабилитации, в том числе во время операции видео- и фото-фиксацию, и в последующем использовать видео- и фото- материал с моим изображением (лица, тела) на безвозмездной основе с целью обучения студентов медицинских учебных заведений, и с целью рекламы (видеореклама, на уличных растяжках и рекламных конструкциях, в общественном транспорте, стендах, в сети Интернет, в том числе на сайте ООО «Фортуна»). Я ознакомлен и понимаю, что по письменному заявлению на имя директора ООО «Фортуна» я могу отозвать настоящее добровольное согласие в любое время или часть его (согласен/не согласен – зачеркнуть не нужно).

Русским языком владею, в переводчике не нуждаюсь.

_____ Дата _____ (подпись пациента (представителя))

_____ Дата _____ (подпись врача)