

**Информированное добровольное согласие на проведение
комплекса медицинских услуг (вмешательств)
в ООО «Медицинский центр «ИНТРА»**

Я, _____

« _____ » _____ г. рождения, даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств, включенные 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 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082): 1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; 3. Антропометрические исследования; 4. Термометрия; 5. Тонометрия; 6. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; 7. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); 8. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; 9. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, кардиотокография (для беременных); 10. Ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; 11. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрисуставно, - при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в ООО «Медицинский центр «ИНТРА». В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, 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 медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Подпись _____ Дата _____ 20 _____ г.

Форма информированного согласия пациента («Потребителя») о несоблюдении назначений (рекомендаций) врача при оказании платных медицинских услуг.

Я, _____
« _____ » _____ г. рождения, настоящим подтверждаю, что ООО «Медицинский центр «ИНТРА» уведомил меня как «Потребителя» о том, что несоблюдение назначений (рекомендаций) медицинского работника (лечащего врача) ООО «Медицинский центр «ИНТРА», предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Данное разъяснение мне понятно, последствия несоблюдения назначений (рекомендаций) медицинского работника (лечащего врача) я осознаю в полном объеме.

Я обязуюсь:

- Проходить назначенное медицинское обследование для контроля за лечением по установленному графику, сдавать необходимые анализы по рекомендации лечащего врача;
- Принимать назначенные мне лекарственные препараты строго в соответствии с предписаниями лечащего врача;
- Сообщать лечащему врачу обо всех нарушениях назначенного мне лечения или прекращения его по каким-либо причинам;
- Сообщать лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии моего здоровья во время лечения и делать это незамедлительно (в течение суток), если эти изменения связаны с приемом назначенных мне препаратов;
- Не принимать, не посоветовавшись с лечащим врачом, какие-либо не назначенные им лекарственные препараты (даже если они назначаются другим врачом для приема не в экстренном порядке). Если же прием этих лекарств неизбежен (например, в экстренных случаях), обязательно сообщать об этом лечащему врачу.

Подпись _____ Дата _____ 20 ____ г.