

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Орехово-Зуево

Я, нижеподписавшийся(аяся) _____,
(Ф.И.О. пациента, либо законного представителя)

обратившись за получением медицинских услуг в ООО «Мечта», в соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. N 390н даю согласие на проведение мне при необходимости следующих вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация. Введение лекарственных препаратов по назначению врача.

Я понимаю, что во время вмешательства или после него могут появиться непредвиденные ранее неблагоприятные обстоятельства, а также могут возникнуть осложнения. При этом медицинские работники делают все возможное для предотвращения возможных осложнений в соответствии с действующими порядками и стандартами оказания медицинской помощи.

Я знаю, что невыполнение в полном объеме всех рекомендаций медицинского работника может быть причиной осложнений и неблагоприятных последствий медицинского вмешательства.

Оператор имеет право обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией, организацией - заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Я также даю/ или не даю (нужное подчеркнуть) Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование (на указанный мной номер мобильного телефона).

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет для стационара, пять лет – для поликлиники.

Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано мною путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа (по почте заказным письмом с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

Подпись субъекта персональных данных _____
(или его законного представителя)

Информированное добровольное согласие гражданина на выполнение инвазивного исследования, вмешательств, операции

Орехово-Зуево

Я, нижеподписавшийся (аяся) (_____ года рождения), медицинская карта № _____, в соответствии со статьей 20 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим подтверждаю своё согласие на медицинское вмешательство

1. Я проинформирован(а) врачом о нижеследующем:

а) о методе медицинского вмешательства и обезболивания;
б) о состоянии моего здоровья и характере необходимых диагностических и лечебных мероприятий, соответствующих установленному и объявленному мне диагнозу моего заболевания и стадии его развития;
в) о том, что при условии соблюдения рекомендаций врачей нет 100-процентной гарантии отсутствия возникновения побочных эффектов и осложнений:

- Осложнения непосредственно в момент проведения операции: осложнения анестезиологического пособия; возможное непреднамеренное ранение внутренних органов, кровеносных сосудов и нервов;
- Осложнения в послеоперационном периоде: нарушение кровообращения, нагноение послеоперационной раны, обострение имеющихся хронических заболеваний;
- Отдаленные последствия и осложнения: хронические воспалительные процессы, обострение соматических заболеваний.

г) о необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием моего здоровья после вмешательства в соответствии с назначением лечащего врача;
д) о необходимости приема назначенных мне лекарственных препаратов и лечения в соответствии с предписанием лечащего врача и возможных осложнениях в случае отказа от лечения и приема лекарственных препаратов.

Подпись и фамилия пациента

2. Мне даны разъяснения о:

а) действию назначаемых мне перед проведением, во времени проведения и после вмешательства, лекарственных препаратов и возможных осложнениях при их применении или отказе от их применения;
б) основных этапах обезболивания;
в) следующих возможных осложнениях и последствиях проведения вмешательства:
- осложнениях непосредственно в момент проведения, осложнения анестезиологического пособия; возникновения кровотечения и иных непредвиденных ситуаций, что может потребовать расширения объема операции и изменения характера и методов лечения.
- отдаленных последствиях и осложнениях: хронические воспалительные процессы, трофические нарушения кожи, рецидивы заболеваний, обострение соматических заболеваний.

Подпись и фамилия пациента

3. Я разрешаю /или не разрешаю(нужное подчеркнуть) моему врачу и его коллегам делать фотографии, слайды, видеозаписи и другие документы, связанные с моим лечебным процессом и использовать их для научных и образовательных целей, а также в научных целях данные о моем здоровье в целом.

Подпись и фамилия пациента

4. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы, относящиеся к моему заболеванию и на все вопросы, получил(а) исчерпывающие ответы. Мне разъяснены также альтернативные методы лечения, включая возможность консервативного (безоперационного) лечения, что позволит не прибегать к оперативному лечению.

Подпись и фамилия пациента

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением вмешательства, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о проведении мне медицинского вмешательства, а именно _____

Пациент _____
Фамилия, имя и отчество пациента (полностью), подпись

Я свидетельствую, что разъяснил пациенту(ке) суть, ход выполнения, риск проведения медицинского вмешательства, дал ответы на все вопросы, включая вопросы альтернативного лечения, то есть безоперационного.

Врач _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)