

ООО «МДЦ»Импульс  
ИНН/КПП 5321205295/532101001  
ОГРН 1215300000332

Юридический адрес: 173000, Новгородская обл., г. Великий Новгород, ул. Дворцовая, д.15, офис 1  
р/с 40702810102230001329 в Ф-Л СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ПАО БАНК "ФК ОТКРЫТИЕ"

**Информированное добровольное согласие на консультацию врача -специалиста**

Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина , год рождения — полностью)  
проживающий /ая по адресу \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:**

Я (ФИО и дата рождения законного представителя ), паспорт (серия ,номер): \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя )/ проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации) являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или

лица, признанного недееспособным:

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ ребенка \_\_\_\_\_ или \_\_\_\_\_ недееспособного \_\_\_\_\_ гражданина \_\_\_\_\_ полностью, \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ рождения \_\_\_\_\_)в \_\_\_\_\_ отношении

(Фамилия, Имя Отчество (при наличии) пациента, дата рождения пациента, проживающего по адресу:

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя) даю согласие на оказание медицинской помощи в ООО «МДЦ Импульс »

-Даю информированное добровольное согласие на 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 (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), на оказание первичной медико-санитарной помощи мне/ моему ребёнку/ лицу, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть);

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в ООО «МДЦ» Импульс

-Я ознакомлен с перечнем медицинских вмешательств;

-Я понимаю, что врачебная консультация – это обсуждение вопроса, касающегося моего здоровья с врачом, являющимся специалистом в конкретной области медицины;

-Я проинформирован , что врач специалист в ходе консультации, по усмотрению врача, согласно стандартов оказания специализированной медицинской помощи проводит следующие действия включённые в перечень медицинских вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.(мой опрос с целью получения необходимой информации о жизни и здоровье);
2. Осмотр, в том числе пальпация и перкуссия(прощупывание, простукивание внутренних органов.), аускультация(выслушивания звуков), риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование;
3. Антропометрические исследования(Рост , вес, измерение окружностей тела, углов наклона и отклонения конечностей);
4. Термометрия(измерение артериального давления);
5. Тонометрия (измерение температуры тела);
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций;
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций;
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);

- Мне известно , что при окончании консультации мне будет дано заключение врача, отражающее его профессиональное мнение (предварительный или окончательный диагноз, дальнейший план обследования и лечения, и пр. по усмотрению врача). Я понимаю, что консультация не принесет мне никакой значимой физической боли, однако я понимаю что медицинское вмешательство проводится на повреждённых при травме или поражённых заболеванием тканях моего организма ,способность которых к заживлению понижена, что может быть связано с дискомфортом при осмотре;

-Я понимаю что сведения, полученные от врача о состоянии моего здоровья, в ряде случаев могут оказать некоторое психологическое влияние, при этом врач предпримет все меры, чтобы оно было минимально. Я понимаю, что мне могут быть рекомендованы повторные консультации врачей, при этом дополнительного оформления и подписания мною «Информированного добровольного согласия на проведение консультации» не требуется, и я даю свое согласие на их проведение;

-Мне в доступной форме 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»;

-Я поставлен в известность , что целью медицинского вмешательства является получение благоприятного результата лечения , предотвращение неблагоприятных последствий , осложнений заболевания;

-Мне разъяснены основные этапы и ход медицинского вмешательства и я не имею по этому поводу вопросов к медперсоналу. Согласен на проведение обследования в положенном объеме. Я сообщил сведения о наличии у меня сопутствующих заболеваний, болезнях и операциях перенесённых ранее ;

-Мне известно , что сам по себе факт выполнения медицинского вмешательства не приводит к выздоровлению автоматически .Понимаю что для достижения необходимого результата, кроме медицинского вмешательства, потребуется длительное высококвалифицированное лечение . Мне известно что 100% гарантии хороших результатов как медицинского вмешательства, так и лечения в целом дано быть не может;  
-Я осознаю , что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Понимаю , что во время медицинского вмешательства , так и после него могут появиться не предвиденные ранее неблагоприятные явления или осложнения. При этом врачи могут быть поставлены перед необходимостью значительно изменить доведённый до моего сведения план лечения. Может потребоваться дополнительное медицинское вмешательство, возможно увеличение сроков лечения. При хирургическом лечении не исключены болевые ощущения во время некоторых манипуляций ;  
-До моего сведения доведено , что планируемое медицинское вмешательство не связано с устранением непосредственной угрозы для моей жизни, поэтому потребность в нём не является абсолютной. Однако мне понятно , что длительное откладывание или отказ от медицинского вмешательства приведут к стойким и , возможно, неустранимым нарушениям структуры и функции повреждённых органов и тканей, конечностей или отделов, что в итоге неблагоприятно повлияет на моё здоровье или ухудшит качество жизни;  
-Я осведомлён что медицинские вмешательства включённые в Перечень могут быть получены мною в рамках обязательного медицинского страхования в государственных структурах здравоохранения, согласно ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 07.03.2018) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";  
-Я получил(а) информацию о необходимости оплаты исследования, в том числе в случаях расхождения между видами исследований, указанных в направлении лечащего врача, в списке услуг, оплачиваемых медицинской страховой компанией и теми исследованиями ,которые я считаю лично необходимым провести;  
-Я предупреждён (а) о необходимости предоставления медицинской документации, касающейся заболевания в связи с которым я прохожу обследование . Я извещён (а) о необходимости предоставления результатов предыдущих исследований изображений КТ/МРТ / рентгенограмм;  
-Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Я удостоверяю, что текст мною прочитан. Я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, я имел(а) возможность задать вопросы и получил(а) на них ответы, полученные объяснения меня удовлетворяют.

Я, \_\_\_\_\_

(Фамилия Имя Отчество),

согласен(на) на проведение осмотра врача специалиста

—  
Пациент (его законный представитель)

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Фамилия Имя Отчество

Медицинский работник

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Фамилия Имя Отчество

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.