Приложение №1

к Договору на оказание платных медицинских услуг.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

(приложение №1 к договору № ____ от _____г.)

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина, одного из родителей или законного представителя)
_____года рождения, зарегистрированный по адресу:
_____,

при оказании мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть):
_____,
(Ф.И.О. ребенка, дата его рождения, лица, от имени которого, выступает законный представитель)

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. N 390н (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи, в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" в медицинской организации: ООО «Клиника Караулова» (далее Клиника), по адресу: г. Москва, Ленинская Слобода, д.17.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств и их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства.

Я получил (а) подробные объяснения по поводу состояния моего (и/или несовершеннолетнего) здоровья, моего (и/или несовершеннолетнего) заболевания, осведомлен (а) об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая прием лекарственных средств, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений- аллергические реакции и др.

Я ознакомлен (а) со всеми требованиями и рекомендациями, которые обязуюсь соблюдать.

Я предупрежден (а), что несоблюдение требований и/или рекомендаций врача может **повлечь за собой не достижение ожидаемого по окончании оказания медицинских услуг результата по вине пациента**.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно ***соглашаюсь*** на медицинское вмешательство применяемого ко мне (и/или несовершеннолетнему).

Я получил (а) подробные объяснения по поводу моего заболевания, осведомлен (а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая анестезию и прием лекарственных средств. Запрета, ограничений, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением:

_____
(указать какие, если имеются исключения)

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях, в т.ч. связанных с введением медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я согласен (а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов, за исключением:

_____
(указать какие, если имеются исключения)

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня (и/или несовершеннолетнего) вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.
Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми.
Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.
В доступной мне форме 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".
Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п. 5 ч.3 ст. 19 ФЗ № 323 от 21.11.2011 г. может быть передана информация о состоянии моего здоровья, либо несовершеннолетнего, законным представителем которого я являюсь:

_____

(Ф.И.О. гражданина, которому может быть передана информация, его телефон)

Настоящее соглашение мною заполнено лично, я полностью понимаю преимущества, недоставки и последствия предложенных мне видов медицинских услуг мое решение является свободным и добровольным и даю согласие на их применение.
я ознакомлен Исполнителем с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима установленного у Исполнителя и подтверждаю свою обязанность их соблюдать, что до заключения договора Исполнитель уведомил Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

_____	_____
(подпись)	(Ф.И.О. гражданина или представителя, контактный телефон)
_____	_____
(подпись)	(Ф.И.О. руководителя структурного подразделения, ответственного за осуществление медицинской деятельности)

Дата составления информированного согласия «____» _____ 20____ г.