

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи

Я, _____
(Ф.И.О. пациента или его законного представителя, возраст пациента)

зарегистрированный (-ая) по адресу:

даю информированное добровольное согласие медицинским работникам ООО «МедМигСервис» (ОГРН 1217800085458, ИНН 7811760622, адрес местонахождения: Санкт-Петербург г, вн. тер. г. муниципальный округ Смольнинское, ул. Красного Текстильщика, д.10-12, лит. В, помещ. 1-Н, ч.п. 205) на следующие виды медицинских вмешательств: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, вагинальное исследование (для женщин), термометрия; лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); медицинской микробиологии; лабораторной диагностике; лечебному делу; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; **при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:** вакцинации (проведению профилактических прививок); педиатрии, терапии; **при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:** дерматовенерологии; инфекционным болезням; клинической лабораторной диагностике; медицинской микробиологии, психиатрии, психиатрии-наркологии; рентгенологии; фтизиатрии; **при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз:** экспертизе временной нетрудоспособности; медицинских осмотров (предрейсовых, послерейсовых, предсменных, послесменных); медицинскому освидетельствованию на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации.

Мне в доступной форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, включая вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от указанных в настоящем согласии медицинских вмешательств или потребовать их прекращения, о чем необходимо поставить в известность медицинских работников ООО «МедМигСервис» и оформить отказ от медицинского вмешательства в письменной форме.

Мне до заключения договора на оказание медицинских услуг (при подписании настоящего информированного добровольного согласия) разъяснено, что мне необходимо уведомить медицинских работников ООО «МедМигСервис», обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной переносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах, о фактах употребления алкоголя, наркотических и токсических средств, а также что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача (его коллег), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой по договору медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.

Мне также разъяснена необходимость (обязательность) вакцинации (иммунизации) против кори для лиц: 1) не болевших корью; 2) не получивших прививки против кори (не привитых против кори, привитых однократно), 3) не имеющих документов, подтверждающих сведения о перенесенном заболевании или вакцинации и настоящим я подтверждаю наличие у меня вышеперечисленных оснований для проведения вакцинации и выражаю свое согласие на проведение мне вакцинации против кори.

Кроме того, я проинформирован (-на) о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

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», я разрешаю передавать составляющие врачебную тайну сведения о моем здоровье/состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь *(ненужное зачеркнуть)* следующим лицам:

(Ф.И.О. граждан, должностных лиц \ наименование и ОГРН юридического лица)

Подпись пациента / представителя пациента (ФИО прописью, подпись): _____

Содержание настоящего документа мною прочитано, мне понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

Дата

Подпись пациента / представителя пациента (ФИО прописью, подпись): _____

Подпись медицинского работника:

(Ф.И.О.)