

(. . .)

(-) :

даю информированное добровольное согласие медицинским работникам ООО «МедМигСервис» (ОГРН 1217800085458, ИНН 7811760622, адрес местонахождения: 192177, г. Санкт-Петербург, вн. тер. г. муниципальный округ Рыбацкое, ул. Юннатов, д. 3, литера А, пом. 1-Н, ч.п. 12) **на следующие виды медицинских вмешательств:** опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе: электрокардиография, спирография, электроэнцефалография; рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно

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; функциональной диагностике; **при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:** вакцинации (проведению профилактических прививок); общей врачебной практики (семейной медицине); педиатрии, терапии; **при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:** акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) и искусственного прерывания беременности; гастроэнтерологии; детской кардиологии; детской эндокринологии; дерматовенерологии; инфекционным болезням; клинической лабораторной диагностике; медицинской микробиологии, неврологии; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); офтальмологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; рентгенологии; стоматологии терапевтической; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; **при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз:** медицинских осмотров (предварительных, периодических, предрейсовых, послерейсовых, предменных, послесменных); медицинского освидетельствования кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители; медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством; 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.

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:

(. . .)

/ () :

/ () :

(-) , ()

« »

/ () :

: /

(. . .)