

Информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации

г. Москва

«__» _____ 20__ г.

Я, _____,
(Ф. И. О. пациента, дата рождения)

Раздел бланка заполняется только в случае, если от имени и в интересах пациента действует его представитель
Я, _____,

(Ф. И. О. представителя пациента)

выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента _____,

(Ф. И. О. пациента, дата рождения)

(далее – Пациент), обратившись за медицинской помощью в ООО «Ваш Доктор» (далее – Клиника), в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ № 323) даю при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи **информированное добровольное согласие** на проведение мне (представляемому) в Клинике следующих медицинских вмешательств¹:

- *опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;*
- *осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию;*
- *антропометрическое исследование;*
- *термометрию;*
- *тонометрию;*
- *рентгенологические методы обследования*
- *лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические*
- *исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);*
- *функциональные методы обследования, в том числе электрокардиографию;*
- *введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно*

Я согласен на проведение вышеуказанных медицинских вмешательств на этапе первичного обследования и при оказании медицинских услуг в дальнейшем. При необходимости проведения иных медицинских вмешательств я (мой представляемый) буду уведомлен дополнительно.

Я проинформирован и согласен, что общий план моего (представляемого) обследования и лечения может включать не только консультации врачей-специалистов Клиники, но при необходимости я (представляемый) могу быть направлен на консультации и/или диагностические мероприятия в другие медицинские организации.

Я проинформирован о:

- **целях, методах оказания вышеуказанных медицинских вмешательств, связанном с ними риске, альтернативных медицинских вмешательствах, их последствиях, в том числе вероятности развития осложнений, а также предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.**

¹ Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.04.2012 № 390н)

- праве отказаться от любых медицинских вмешательств за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 ФЗ № 323. Данный отказ оформляется письменно.
- том, что несоблюдение указаний Клиники (медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне (представляемому) медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего (представляемого) здоровья.
- медицинская информация, в том числе медицинская документация, составляют врачебную тайну. Клиника гарантирует конфиденциальность такой информации.

Я удостоверяю, что:

- мне (представляемому) **не был поставлен диагноз «наркомания»** по результатам медицинского освидетельствования в соответствии с Федеральным законом от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».
- **не признан судом недееспособным** вследствие психического расстройства и надо мной не установлена опека, равно как я и **не ограничен судом в дееспособности** вследствие наличия психического расстройства или пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами и надо мной не установлено попечительство.

Я разрешаю:

- **передавать мне** информацию о состоянии моего (представляемого) здоровья в случае неблагоприятного прогноза развития моего (представляемого) заболевания.
- **предоставлять** мою медицинскую и иную информацию (в том числе документацию) (разгласить врачебную тайну) следующим лицам, в том числе в случае возникновения экстренных состояний (угрожающих жизни):

_____ ✓
(Ф. И. О. лица, телефон)

Я ознакомлен и согласен с:

- Правилами оказания платных медицинских услуг в ООО «Ваш Доктор»;
- Правилами внутреннего распорядка ООО «Ваш Доктор» от 01.08.2023 г.;
- Прейскурантом на медицинские услуги ООО «Ваш Доктор»,

размещенными на информационном стенде и/или интернет-сайте Клиники. Подписывая настоящее согласие, я полностью и безоговорочно принимаю условия публичной оферты ООО «Ваш Доктор» (акцептую оферту), что в соответствии со ст. 434, 438 Гражданского Кодекса РФ приравнивается к письменной форме заключения сделки (договора об оказании платных медицинских услуг). Однако я проинформирован, что при моем или Клиники желании договор может быть заключен и в простой письменной форме.

Пациент (представитель пациента) _____ ✓ (подпись, Ф. И. О.)

Беседу провел медицинский работник _____ ✓ (подпись, Ф. И. О.)

АНКЕТА

В целях совершенствования нашей деятельности просим Вас ответить на следующий вопрос:

Из какого источника Вы узнали о нашей клинике (отметить ✓)?

- Телепередача «На 10 лет Моложе», «Перезагрузка»
- Поиск Интернет-ресурсы (Яндекс, Google, Mail, Rambler)
- Рекомендации от знакомых/друзей
- Рекомендация доктора
- Социальные сети (необходимое подчеркнуть): Instagram / VKontakte
- YouTube
- Другое _____

Уважаемый пациент!

Общие заболевания могут оказать сильное влияние на процесс лечения у стоматолога. Мы заботимся о Вас, позаботьтесь и Вы о себе.

Мы гарантируем, что сведения, указанные в анкете, будут использованы только для составления Вашего плана лечения.

Пожалуйста, честно ответьте на вопросы (да, нет):

- | | | |
|---|-------------------|----|
| 1. Аллергия (лекарственная, пищевая, другие) | Нет | Да |
| ▪ Симптомы | | |
| ▪ Чем купируется приступ | | |
| 2. Группа крови | Резус-фактор..... | |
| 3. Страдаете ли Вы заболеваниями: | | |
| ▪ сердца (стенокардия, сердцебиение, одышка | Нет | Да |
| ▪ почек | Нет | Да |
| ▪ печени | Нет | Да |
| ▪ желудочно-кишечного тракта | Нет | Да |
| ▪ легкие (бронхиальная астма) | Нет | Да |
| 4. Страдаете ли Вы: | | |
| ▪ повышенным артериальным давлением | Нет | Да |
| ▪ пониженным артериальным давлением | Нет | Да |
| 5. Бывают ли у Вас припадки, обмороки, головокружение | Нет | Да |
| 6. Ревматизм | Нет | Да |
| 7. Длительные кровотечения после порезов или операций | Нет | Да |
| 8. Диабет | Нет | Да |
| 9. Вопрос для женщин: беременны ли Вы | Нет | Да |
| 10. Были ли у Вас травмы головы | Нет | Да |
| 11. Перенесенный гепатит - А, В, С (нужное подчеркнуть) | Нет | Да |
| 12. СПИД, венерические заболевания | Нет | Да |

- | | | |
|---|-----|----|
| 13. Периодически возникающие язвы полости рта, герпес | Нет | Да |
| 14. Бруксизм (ночное скрежетание зубами) | Нет | Да |
| 15. Заболевания гайморовых пазух | Нет | Да |
| 16. Употребляете ли Вы наркотические лекарственные средства или психотропные вещества | Нет | Да |
| 17. Курите ли Вы | Нет | Да |
| 18. Имеете ли другие серьезные заболевания | Нет | Да |
| 19. Принимаете ли какие-либо лекарства (указать) | Нет | Да |
| | | |
| 20. Есть ли иная информация, касательно Вашего здоровья, о которой нам следует знать перед тем, как приступим к лечению | | |
| | | |
| | | |

Мне известно, что только в случае обязательных профилактических осмотров (1 раз в 6 месяцев) можно рассчитывать на определенный срок результатов лечения, протезирования.

Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов до начала приема стоматолога, должен сообщить врачу об этом.

« _____ » _____ 20 _____ года _____ Подпись пациента