

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Я, физическое лицо, достигшее 15 летнего возраста, обладая необходимой дееспособностью и правоспособностью согласно законодательству РФ в соответствии со ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» №323-ФЗ от 21.11.2011, добровольно подтверждаю согласие в отношении себя лично (моего ребенка / иного лица, чьим законным представителем я являюсь и в отношении которого принимаю решения) на предоставление информированного добровольного согласия на оказание мне медицинских услуг в ООО «Формула Здоровья » Кострома Кострома Ивана Сусанина 30 помещение 118, ОГРН 121440002519 ИНН 4400002916 , в т.ч. виды медицинских вмешательств, включенных 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 России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (далее – «Перечень»), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь, а именно даю свое согласие на опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

Мне известны права пациента, предусмотренные ст. 18, 20-22, 28, 41 Конституции Российской Федерации, ст. 13, 19-22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 16 Федерального закона от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

В доступной для меня форме мне 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». Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 3 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, в том числе после смерти.

1. Я, ознакомлен (а) с «Правилами подготовки пациента к лабораторным исследованиям» и обязуюсь их соблюдать (обеспечить их соблюдение).
2. Я, уведомлен 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.
3. Я, уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне (потребителю) медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья потребителя).
4. Я удостоверяю, что получил(а) полную информацию обо всех медицинских услугах, оказываемых медицинской организацией, перечень которых указан в Прайс-листе на медицинские услуги, о программах медицинского обслуживания, о правах и обязанностях пациента, в том числе о праве Пациента на отказ от медицинского вмешательства, о порядке и условиях оказания медицинских услуг в медицинской организации, а также информацию о медицинской организации, осуществляющей медицинское вмешательство, о наличии лицензии, о врачах-специалистах, уведомлен(а) о том, что данная информация доступна в медицинской организации, а также на официальном сайте медицинской организации <https://citilab.ru>.
5. Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами Публичной оферты на оказание медицинских услуг, в рамках которого мне оказываются медицинские услуги, со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и объем предоставленной информации меня удовлетворяет. Мне понятен смысл сообщенной мне информации и терминов, на меня не оказывалось давление.
6. Мне известно, что я имею право отказаться от оказания части вышеупомянутых медицинских вмешательств или лечения целиком, оформив полный отказ от медицинских вмешательств.
7. Подписывая настоящее согласие, подтверждаю наличие у меня установленной законодательством способности приобретать и осуществлять гражданские права, создавать гражданские обязанности и исполнять их (гражданская дееспособность). Подтверждаю, что не лишен дееспособности ни полностью, ни частично.