

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, Пользователь (фамилия, имя, отчество полностью) информирован(а) о своем основном и сопутствующих заболеваниях, вариантах их течения и прогнозе. Я информирован(а) о взаимном влиянии патологических процессов, прогнозе для здоровья и жизни, и вероятном изменении качества жизни в случае отказа от предлагаемого медицинского вмешательства либо комплекса лечения. Я информирован(а) о возможных вариантах обследования, лечения, реабилитации (далее медицинского вмешательства) основного заболевания с учетом мировой практики; Я информирован(а) о возможных вариантах медицинских вмешательств с учетом сопутствующих заболеваний и возрастных изменений моего организма; Я информирован(а) о возможных вариантах медицинских вмешательств, применимых в условиях конкретного медицинского учреждения, с учетом материально - технической базы и медикаментозного обеспечения, а также квалификации работающих специалистов и наличия разрешительных документов; Я информирован(а) о показаниях к применению предлагаемого медицинского вмешательства как оптимального для меня в реальных условиях; Я информирован(а) о сути, этапах проведения предлагаемого медицинского вмешательства и срочности показанного медицинского вмешательства; Я информирован(а) о вероятных осложнениях, которые могут развиваться во время или сразу после медицинского вмешательства; Я информирован(а) о необходимости изменения плана медицинского вмешательства при возникновении непредвиденных обстоятельств во время выполнения вмешательства, в случае, если в этот момент я буду не в состоянии выразить свою волю; Я информирован(а) об ожидаемом эффекте от медицинского вмешательства, возможном отсутствии положительного эффекта или ухудшении состояния и вероятном изменении качества жизни. Я информирован(а) о своей ответственности за предоставление неполной, искаженной или ложной информации о своем состоянии, реакциях организма, перенесенных заболеваниях, травмах и других фактах, способных повлиять на результаты выполнения медицинского вмешательства; Я информирован(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья. Я информирован(а), что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право отказаться от медицинского вмешательства.

Я даю информированное добровольное согласие на предложенное мне медицинское вмешательство в ООО Медицинский Центр «КГЗ доктора Магеря»

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

Я, дееспособное лицо, достигшее пятнадцатилетнего возраста, настоящим, для целей исполнения условий Договора, приложением к которому является данное Согласие, 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения мной / лицом, представителем которого я являюсь (Пациент), платной медицинской помощи в соответствии с условиями настоящего Договора.

Медицинским работником Исполнителя (Лечащим Врачом) в доступной для меня форме Мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Я уведомлен путем выражения согласия с условиями настоящего Договора в порядке, описанном в преамбуле Оферты, путем проставления отметки согласен («галочки») на сайте magerya.ru

Настоящим Медицинская организация уведомляет Пользователя, о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

Я уведомлен путем выражения согласия с условиями настоящего Договора в порядке, описанном в преамбуле Оферты.