ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, **<ПАЦИЕНТ ФИО ПОЛНОЕ ДО18>** **<ПАЦИЕНТ ДАТА РОЖДЕНИЯ ДО18>**г.

(Ф.И.О. пациента, дата рождения)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, **<ЗП ФИО ПОЛНОЕ>** паспорт серия **<ПАСПОРТ ЗП СЕРИЯ>** № **<ПАСПОРТ ЗП НОМЕР>** являюсь законным представителем (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**) ребенка или лица, признанного недееспособным / не достигших возраста 15 лет: **<ПАЦИЕНТ ФИО ПОЛНОЕ РОД>** **<ПАЦИЕНТ ДАТА РОЖДЕНИЯ>**г.

(Ф.И.О. представляемого: ребенка или недееспособного гражданина, год рождения)

информирован (а) о правах пациента в соответствии со ст. 19 федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Согласно ст. 20 федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по моей воле в доступной и понятной для меня форме я получил(а) полную информацию о состоянии моего здоровья, целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Врач проинформировал меня об участии обучающихся в оказании медицинской помощи и о моем праве отказаться от их участия в оказании мне медицинской помощи. Мне сообщено, что несоблюдение рекомендаций медицинских работников ООО «Клиника Подологии», предоставляющих медицинские услуги, самовольный отказ от лечения, несоблюдение режима приема препаратов и лечебно-охранительного режима, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут снизить качество оказанной медицинской помощи, а также повлечь за собой невозможность завершения в срок курса лечения и медицинской реабилитации или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Врачом мне сообщено и о других способах медицинских вмешательств, которые возможны при лечении заболевания, по поводу которого я обратился в ООО «Клиника Подологии».

На основании полученной информации о состоянии моего здоровья и согласно статье 20 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с назначениями врача, **я даю** информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому пациенту), общеклинических, биохимических, микробиологических, вирусологических, серологических, иммунологических, цитологических исследований крови и биологических жидкостей организма, анализов мочи, проведения ультразвуковых и электрокардиографических исследований, лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур, лечебной физкультуры, а также видов медицинских вмешательств утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2012 г. № 390 н в течение всего периода лечения и медицинской реабилитации в ООО «Клиника Подологии». Со мною согласованы все пункты настоящего документа, положения которого разъяснены и мне понятны, также разъяснено, что я могу отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, и я добровольно даю свое согласие на обследование, лечение и медицинскую реабилитацию в предложенном объеме на весь период нахождения в ООО «Клиника Подологии».

Дополнительно даю согласие на проведения **медицинского вмешательства**:

(название медицинского вмешательства)

Я, **даю /не даю** согласие на осмотр другим медицинским работникам Клиники Подологии учетом сохранения врачебной тайны и соблюдения принципов медицинской этики (приказ Министерства здравоохранения РФ от 22.08.2013 г. № 585 н).

Я, **даю/ не даю** согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, относительно состояния моего здоровья, **указанным** **мною** лицам:

<ДАТА>г.

<ПАЦИЕНТ ЗП ФИО>

Фамилия И.О. пациента/законного представителя

Подпись

Расписался в моем присутствии:

Врач

<ДОЛЖНОСТЬ МЕДРАБОТНИКА> **<ФИО МЕДРАБОТНИКА>**

Должность, Фамилия И.О.

Подпись