

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, нижеподписавшийся(-ая), _____

(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

_____ года рождения, _____, _____ по адресу: _____, _____ паспорт: серия _____

номер _____ выдан (дата) _____, кем выдан _____, код подразделения: _____ контактный телефон: +7 _____, - настоящим подтверждаю, что в соответствии со ст. 19-23 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», врачом клиники мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем мне лечении, включая первичный диагноз с допустимостью его уточнения в процессе лечения, смысл, цели и условия предстоящего лечения, с чем я, настоящим выражаю свое согласие и понимание, что подписание данного документа является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я ознакомлен с информацией, отраженной на сайте клиники по адресу: www.viterramed.ru, включая сроки, установленные в части годности, службы и гарантий в рамках оказываемых мне медицинских услуг, я также ознакомлен с причинами, по которым пациент теряет право на бесплатное гарантийное обслуживание, а также со случаями, на которые гарантии не распространяются.

На момент начала лечения я не выражаю жалоб на обострение состояния моего здоровья (температура тела нормальная, жалоб на боль различной этиологии я не имею, озноб, слабость – отсутствует). Иных жалоб, которые могут свидетельствовать о возникновении новых и / или состоянии обострения существующих / хронических заболеваний – не имею. Я поставил(-а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе о любых формах аллергических проявлений, обо всех перенесенных мною и известных мне заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах, о наличии аллергических реакций или возможных осложнений на медикаментозные препараты, применяемые в лечении.

Я понимаю, что рекомендованный мне план лечения применим с учётом индивидуальных особенностей моего организма и что есть возможность коррекции изначально намеченного плана лечения, в зависимости от динамики, сложившейся в процессе его осуществления, о чём врач обязался меня уведомить.

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе моего лечения, сроки проведения лечения, а также возможные причины их изменения, стоимость отдельных процедур (этапов обследования) и лечения в целом. Мне известно, что Клиника гарантирует и несет ответственность за соблюдение технологии лечения, а также за правильность выполненных манипуляций;

Я подтверждаю, что ознакомился(-ась) с прайс-листом на услуги клиники, размещенным на ее сайте по адресу: www.viterramed.ru. При этом я понимаю, что в процессе лечения изначально предполагаемая его стоимость может быть подвергнута коррекции в связи с объективными обстоятельствами, предвидеть которые на момент определения методики и плана предстоящего лечения было затруднительно. В случае возникновения необходимости внести соответствующую корректировку относительно размера итоговой стоимости фактически оказанных медицинских услуг, лечащий врач заблаговременно обязуется предупредить меня об этом.

Мне сообщено и понятно, что одним из условий эффективного лечения является выполнение мною намеченного плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом, а также то, что в процессе лечения могут понадобиться дополнительные обследования, ранее не включенные в плановые мероприятия утвержденной методики лечения.

Я понимаю, что после проведенного лечения должен приходить на осмотры с периодичностью, рекомендованной врачом, а в случае обострения состояния, возникновении острой боли – незамедлительно. Я отдаю отчет в том, что после проведения лечения могут возникнуть как местные (покраснение, уплотнение, боль, зуд в месте инъекции и другие), так и общие (повышение температуры, недомогание, озноб и др.) реакции организма, могут возникнуть осложнения (аллергические реакции, шок и др.). Я проинформирован(-а) обо всех имеющихся противопоказаниях к проведению назначенного врачом лечения.

Мне ясно, что возможно наступление негативных последствий для моего здоровья в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, включая в том числе: прогрессирование исходного заболевания, развитие осложнений, появление (нарастание) болевых ощущений.

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы. Мною (для женщин) предоставлена информация об отсутствии факта беременности и/или кормления грудью. Я подтверждаю, что текст данного информированного добровольного согласия мною прочитан полностью, мне понятен и я согласен (-на) с указанным, полученные разъяснения врачей мне понятны и объем предоставленной информации меня удовлетворяет. Мне понятен смысл сообщенной мне информации и всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно и добровольно принимаю решение о проведении в отношении меня медицинского вмешательства в виде _____.

Подпись пациента или его законного представителя: _____ / _____ /

Подпись лечащего врача: _____ / _____ /

Дата подписания: «__» _____ 2023г.