**ООО «ЕВРОМЕДКЛИНИК 24»**

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я

(фамилия, имя, отчество – полностью)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | года рождения, проживающий(ая) по адресу: |  |

|  |
| --- |
| **Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных** |
| **граждан:** Я, паспорт: |  | , выдан: |  |  |
| являюсь законным представителем **(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)** ребенка или лица, |
| признанного недееспособным: |  |  |
|  | (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения) |  |

поставлен(а) в известность, что я (представляемый) обратился в Общество с ограниченной ответственностью МНОГОПРОФИЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КЛИНИКА "ЕВРОМЕДКЛИНИК 24" (ООО "ЕВРОМЕДКЛИНИК 24»). (Далее по тексту «Медицинский центр») , оказывающее медицинские услуги на основании Лицензия № № ЛО-77-01-018418 от 17.07.2019 г., выданной Департаментом Здравоохранения г. Москвы, с целью провести мое медицинское обследование, необходимое для установления диагноза любыми разрешенными действующим законодательством Российской Федерации методами и лечения надлежащим образом;

- Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в Медицинском центре, и обязуюсь их соблюдать;

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) в рамках оказания плановой, экстренной или неотложной помощи (нужное подчеркнуть) в соответствии с назначениями \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Должность врача или специалиста) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия Имя Отчество врача или специалиста)

Медицинского центра лечебных процедур и диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований, а также следующих лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

- Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

- Я извещен(а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я удостоверяю, что все перенесенные и сопутствующие заболевания я правдиво изложил(а) о чем имеется запись врача в моей медицинской карте, так как понимаю, что результат моего лечения зависит в том числе и от моего исходного состояния здоровья, а также анатомических особенностей моего организма.

- Я понимаю и согласен(а), что клиника не может нести ответственность за качество ранее проведенного лечения в других медицинских учреждениях и возникновение медицинских осложнений, связанных с обострением уже имеющихся хронических процессов.

- Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере и возможных последствиях медицинского вмешательства, разъяснены все возможные исходы и альтернативы предложенному медицинскому вмешательству.

- Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них исчерпывающие ответы.

- С прейскурантом цен на оказание услуг и условиями предоставления гарантийных обязательств ознакомлен(а) и согласен(а) в полном объеме .

- Я даю свое согласие на получение от Исполнителя СМС и электронных уведомлений о предстоящих приемах, медицинских процедурах и манипуляциях, о результатах анализов, а также акционных и рекламных материалов.

- Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия мною прочитан, мне понятен и я согласен(а) с его назначением.

- Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

**«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_ года. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

 **Ф.И.О. пациента (представителя) подпись**

**Настоящее добровольное информированное согласие подписано пациентом (представителем) в моем присутствии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

 **Ф.И.О. врача подпись**

**ПРИМЕЧАНИЕ:**

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением Главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения экстренна или неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением Главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

**Дополнительная информация:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_ года. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** **Ф.И.О. пациента (представителя) подпись** **Настоящее добровольное информированное согласие подписано пациентом (представителем) в моем присутствии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** **Должность, Ф.И.О. врача подпись**  |  |  |

**Консилиум врачей в составе:**

Должность, Ф.И.О. и подпись

Должность, Ф.И.О. и подпись

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_ года.**