

Информированное согласие

об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг с участием законного представителя

Согласно положению статьи 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 01.11.2011 г. № 323-ФЗ (в ред. Федеральных законов от 25.06.2012 г. № 89-ФЗ, от 25.06.2012 г. № 93-ФЗ)

Я, _____, законный

ФИО законного представителя

представитель _____

степень родства: мать, отец; усыновитель, опекун, попечитель; ФИО пациента

даю согласие на предоставление медицинских услуг в ООО «ДиаМед» на платной основе у врача

фамилия, инициалы врача, специальность

по поводу _____

указать вид услуги

1. Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрел различные варианты получения медицинских услуг, и то, что Пациенту, законным представителем которого я являюсь, могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях, в том числе и на бесплатной основе.

2. Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг, осмотре специалиста, проведении Пациенту диагностических процедур: получения проб биологического материала для лабораторных исследований, инструментальных исследований

(указать вид исследования), о целях, характере и возможных неблагоприятных эффектах диагностических процедур, а также о том, что предстоит пациенту делать до и во время процедур.

3. Я получил (получила) исчерпывающую информацию по поводу диагноза, об особенностях течения заболевания, о длительности лечения, об исходах лечения, о прогнозе заболевания, об обстоятельствах, ухудшающих прогноз заболевания, о предложенном плане лечения и с правилами лечебно – охранительного режима и обязуюсь обеспечить их соблюдение Пациентом

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения Пациент должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей (специалистов) ООО «ДиаМед», немедленно сообщать врачу о любом ухудшения самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно – охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приемов препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья моего подопечного.

5. Виды выбранных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю свое согласие на проведение пациенту диагностических и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний и других процедур.

6. Я получил (получила) информацию о других сопоставимых по медицинской эффективности методах лечения и возможности получения медицинской помощи.

7. Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем Пациента, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных им и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на него во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (ла) все известные мне правдивые сведения о наследственности Пациента, а так же об употреблении им алкоголя, наркотических и токсических средств.

8. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ООО «ДиаМед» не несет ответственности за их возникновение.

9. Мне разъяснено, что мой подопечный может получить как один из видов платных медицинских услуг, так и нескольких видов услуг.

10. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с ним.

11. Виды выбранных платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю свое согласие на их оплату.

12. Я удостоверяю, что текст данного информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

13. Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Настоящее информированное соглашение подписано мною после проведения предварительной беседы об оказании медицинских услуг.

Законный представитель:

+

(подпись) _____ (расшифровка подписи)

« _____ » _____ 20__ г.

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