

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, нижеподписавшийся (-аяся) _____

(Ф.И.О.)

обратившись за получением медицинских услуг в ООО «Кети-МедГарант» (299011, г. Севастополь, ул. Воронина, 10), в соответствии со ст. 20 Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ и с Приказом МЗ СР РФ от 23.04.2012 г. N 390-н даю согласие на проведение мне при необходимости следующих вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин).
3. Антропометрические исследования;
4. Термометрия;
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические (со взятием крови из пальца и вены).
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография (ЭКГ), суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография.
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
13. Медицинский массаж, ЛФК.

Я понимаю, что во время вмешательства или после него могут появиться непредвиденные ранее неблагоприятные обстоятельства, а также могут возникнуть осложнения. При этом медицинские работники делают все возможное для предотвращения возможных осложнений в соответствии с действующими порядками и стандартами оказания медицинской помощи.

Я предупрежден, что невыполнение в полном объеме всех рекомендаций медицинского работника может быть причиной осложнений и неблагоприятных последствий медицинского вмешательства.

ПОДПИСЬ: _____

(Ф.И.О. пациента)

ПОДПИСЬ ВРАЧА: _____

(Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника,
участвующего в оказании медицинской помощи)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, нижеподписавшийся (-аяся) _____

(Ф.И.О.)

обратившись за получением медицинских услуг в ООО «Кети-МедГарант» (299011, г. Севастополь, ул. Воронина, 10), в соответствии со ст. 20 Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ и с Приказом МЗ СР РФ от 23.04.2012 г. N 390-н даю согласие на проведение мне при необходимости следующих вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин).
3. Антропометрические исследования;
4. Термометрия;
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические (со взятием крови из пальца и вены).
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография (ЭКГ), суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография.
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
13. Медицинский массаж, ЛФК.

Я понимаю, что во время вмешательства или после него могут появиться непредвиденные ранее неблагоприятные обстоятельства, а также могут возникнуть осложнения. При этом медицинские работники делают все возможное для предотвращения возможных осложнений в соответствии с действующими порядками и стандартами оказания медицинской помощи.

Я предупрежден, что невыполнение в полном объеме всех рекомендаций медицинского работника может быть причиной осложнений и неблагоприятных последствий медицинского вмешательства.

ПОДПИСЬ: _____

(Ф.И.О. пациента)

ПОДПИСЬ ВРАЧА: _____

(Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)