**Информированное добровольное согласие**

 **на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,**

**на которые граждане дают информированное добровольное согласие**

 В соответствии с частью 1 статьи 20 Федерального Закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, пациент

|  |  |
| --- | --- |
| «FIO» | , |

(Ф.И.О.)

проживающий(ая)

|  |  |
| --- | --- |
|  | , |

 (домашний адрес)

**получил(а) разъяснения и мне понятна информация о целях и методах оказания медицинской помощи при моем** заболевании, и связанных с ними рисками, возможных вариантах медицинского вмешательства, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

**Я информирован(а)** о возможности получения мною бесплатно медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС) в других медицинских организациях.

**Я** **информирован(а)**, что АО «Концерн « МОСКВИА ГРУПП» **не участвует** в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и **оказывает платную** медицинскую помощь.

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность, Ф.И.О. врача, медицинского работника)

**мне разъяснены** **в доступной для меня форме** цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможнее варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

**Я уполномочиваю** врачей выполнить любое медицинское вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения.

**Я доверяю** врачам-специалистам назначение лекарственных препаратов, организацию оказания медицинской помощи (обследования и лечения).

**Я удостоверяю, что понимаю информацию,** представленную мне врачом (медицинским работником).

 **Я даю добровольное согласие** на проведение по медицинским показаниям в период лечения следующих медицинских вмешательств (в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н):

- Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

- Врачебные осмотры, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование, выполняемые врачами-специалистами, приглашенными консультантами.

-Антропометрические исследования, термометрия, тонометрия.

 -Неинвазивные и инвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, исследования органа слуха и слуховых функций.

 - Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).

 - Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические исследования крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы.

- Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).

- Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования, радиоизотопные исследования и т.д. и эндоскопические исследования.

- Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

- Медицинский массаж, лечебная физкультура, физиотерапевтические процедуры.

**Я информирован(а)** о целях, характере и неблагоприятных эффектах медицинских вмешательств, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения.

**Я извещен(а)** о том, что я должен (должна) немедленно сообщать врачу или медицинскому работнику о любом ухудшении самочувствия, а также о приеме любых не назначенных им лекарственных препаратов.

**Я предупрежден(а**) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение назначений и лечебных указаний (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 осознаю,** что я не имею права скрывать от врачей интересующую их информацию о моем здоровье и заболеваниях, 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 во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных препаратах, о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, инфекционных и паразитарных заболеваниях, болезни или носительстве, вызванной ВИЧ.

 **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.

**Я утверждаю,** что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения врача (медицинского работника) мною поняты, мною осознан возможный риск медицинских вмешательств.

**Я понимаю,** что нарушение врачебных рекомендаций, а также сокрытие информации о состоянии здоровья на момент лечения и может способствовать развитию местных и/или общих осложнений или даже стать их причиной.

На основании представленной мне информации, по форме и содержанию соответствующей уровню моего понимания, добровольно, без принуждения со стороны третьих лиц, принимаю выбор медицинского персонала и подтверждаю свою готовность и посильное содействие, в силу своих возможностей, в выполнении показанных медицинских вмешательств и исследований для достижения наилучших результатов лечения в целом.

Со всеми пунктами настоящего документа я согласен(а).

 Срок хранения настоящего согласия соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

 Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «FIO» «Phone»

 (подпись) (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «LegalRepresentativeFIO»

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

«CurrentDate»