

№ карты _____, добровольно даю свое согласие на оказание мне медицинских услуг в ООО «Лечебно-диагностический центр «Кутузовский» (далее – ЛДЦ), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я добровольно даю свое согласие на оказание мне медицинских услуг.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один, так и несколько видов медицинских услуг.
3. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания я могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях.
4. Я проинформирован(а), что имею возможность получить бесплатно медицинскую помощь в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС).
5. Я проинформирован(а), что ЛДЦ не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской помощи в ЛДЦ.
6. Я информирован(а) о своей ответственности за предоставление неполной, искаженной или ложной информации о своем состоянии, реакции организма, перенесенных заболеваниях, травмах и других фактах, способных повлиять на результаты выполнения медицинского вмешательства.
7. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение не может гарантировать 100% положительный результат и что при проведении диагностических и лечебных мероприятий, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.
8. Я согласен(-на) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может 100% исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и ЛДЦ не несет ответственности за их возникновение при условии, что услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований.
9. Я информирован(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, режима приема препаратов, самолечение могут осложнить процесс лечения и снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
10. Я информирован(а), что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право отказаться от медицинского вмешательства.
11. В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.04.2012г. № 390н я также даю согласие на проведение при необходимости следующих медицинских вмешательств:
 - Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
 - Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
 - Антропометрические исследования.
 - Термометрия.
 - Тонометрия.
 - Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
 - Неинвазивные 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.
 - Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пикфлоуметрия, кардиотокография (для беременных).
 - Рентгенологические методы обследования, в том числе рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
 - Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
 - Медицинский массаж.
 - Лечебная физкультура.
12. Настоящее соглашение мною прочитано, мне разъяснены и мною осознаны все его положения, я полностью понимаю предложенные мне виды медицинских услуг и добровольно даю свое согласие на их применение.
13. Я **разрешаю** ЛДЦ в соответствии с требованиями статьи 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, о факте моего обращения за медицинской помощью, состоянии моего здоровья, диагнозе заболевания, иные сведения, полученные при моем обследовании и лечении, следующим лицам:

_____ (указывается кому - фамилия, имя, отчество полностью)

_____ (указывается кому - фамилия, имя, отчество полностью)

Я даю ЛДЦ согласие на предоставление информации о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни и состоянии моего здоровья при проведении медицинской экспертизы.

_____ (подпись)

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

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

Настоящее соглашение подписано пациентом (законным представителем) на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к амбулаторной карте.

ПРИМЕЧАНИЕ:

Согласие на медицинское вмешательство 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 медицинском вмешательстве 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 медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении 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.

Для представителя интересов

на основании Федерального закона об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ

Я, _____, являясь законным представителем _____ проживающий(ая) по адресу:

№ карты пациента _____, добровольно даю свое согласие на оказание мне (представляемому) медицинских услуг в ООО «Лечебно-диагностический центр «Кутузовский» (далее – ЛДЦ), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я добровольно даю свое согласие на оказание мне (представляемому) медицинских услуг.
2. Мне разъяснено, что я (представляемый) могу получить как один, так и несколько видов медицинских услуг.
3. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня (представляемого) заболевания я (представляемый) могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях.
4. Я проинформирован(а), что имею возможность получить мною (представляемым) бесплатно медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС).
5. Я информирован(а), что ЛДЦ не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской помощи в ЛДЦ.
6. Я информирован(а) о своей ответственности за предоставление неполной, искаженной или ложной информации о состоянии представляемого, реакциях организма, перенесенных заболеваниях, травмах и других фактах, способных повлиять на результаты выполнения медицинского вмешательства.
7. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение не может гарантировать 100% положительный результат и что при проведении диагностических и лечебных мероприятий, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.
8. Я согласен(-на) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может 100% исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и ЛДЦ не несет ответственности за их возникновение при условии, что услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований.
9. Я информирован(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, режима приема препаратов, самолечение могут осложнить процесс лечения и снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
10. Я информирован(а), что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право отказаться от медицинского вмешательства.
11. В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.04.2012г. № 390н я также даю согласие на проведение при необходимости следующих медицинских вмешательств:
 - Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
 - Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
 - Антропометрические исследования.
 - Термометрия.
 - Тонометрия.
 - Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
 - Неинвазивные 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.
 - Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пикфлоуметрия, кардиотокография (для беременных).
 - Рентгенологические методы обследования, в том числе рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
 - Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
 - Медицинский массаж.
 - Лечебная физкультура.
12. Настоящее соглашение мною прочитано, мне разъяснены и мною осознаны все его положения, я полностью понимаю предложенные мне (представляемому) виды медицинских услуг и я добровольно даю свое согласие на их применение.
13. Я **разрешаю** ЛДЦ в соответствии с требованиями статьи 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, о факте моего обращения за медицинской помощью, состоянии моего здоровья, диагнозе заболевания, иные сведения, полученные при моем обследовании и лечении, следующим лицам:

_____ (указывается кому - фамилия, имя, отчество полностью)

_____ (указывается кому - фамилия, имя, отчество полностью)

Я даю ЛДЦ согласие на предоставление информации о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни и состоянии моего здоровья при проведении медицинской экспертизы.

_____ (подпись)

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

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

Настоящее соглашение подписано пациентом (законным представителем) на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к амбулаторной карте.

ПРИМЕЧАНИЕ:

Согласие на медицинское вмешательство 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 медицинском вмешательстве 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 медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении 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.

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество полностью)

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ «О персональных данных»

даю согласие

Обществу с ограниченной ответственностью «Лечебно-диагностический центр «Кутузовский», расположенному по адресу: г. Москва, ул. Давыдовская, д. 5, на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных пунктом 3 части первой статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ «О персональных данных», со сведениями о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни и здоровья, представленных в ООО «Лечебно-диагностический центр «Кутузовский».

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

подпись

расшифровка подписи

«_____» _____ 20__ г.