Приложение N 2
к приказу ООО «ТРЦ»
от 14.02.2022 №8-05

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я,_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
"__" _____ _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)
_____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу:
_____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении
_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
"__" _____ _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)
_____
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень) лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Тюменский реабилитационный центр **для получения первичной медико-санитарной помощи** (нужное подчеркнуть):

- Первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (лечебная физкультура, медицинский массаж, сестринское дело, физиотерапия);
- Первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по мануальной терапии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, психотерапии, ревматологии.

Медицинским работником _____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные 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". Разрешаю «Тюменскому» филиалу передачу сведений о состоянии здоровья и медицинской документации для проведения экспертизы качества оказания медицинской помощи.

Мне, согласно моей воли, предоставлены полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого).

Я ознакомлен (а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном учреждении, и обязуюсь их соблюдать.

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 работников ООО «ТРЦ» 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 ознакомлен (а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 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 или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ _____

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ _____

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

"_____" _____ г

(дата оформления)