**Приложение к Договору**

на оказание платных медицинских услуг

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г №323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в РФ»

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ далее – Пациент,

*фамилия, имя, отчество полностью*

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), для получения первичной медико-санитарной помощи в условиях в ООО «Вита-Плюс» 197110, г. Санкт-Петербург, ул. Большая Зеленина, д. 8, к. 2, литера А, помещ. 68Н/36Н), зарегистрированное в ЕГРЮЛ 05.04.2019г. Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №15 по Санкт-Петербургу, ОГРН 1197847082443 Лицензия № ЛО-78-01-0112237, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения «05» ноября 2020 года бессрочно.

Я ознакомлен(а) с указанными ниже Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме.

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),

ректальное исследование.

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.

10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография,

суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование

электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия,

рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).

11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц

старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические

исследования.

12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе

внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, в суставы, методом электрофорез и др.

13. Медицинский массаж.

|  |  |
| --- | --- |
| **Медицинским работником** |  |
|  | (должность, фамилия, имя, отчество медицинского работника) |

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской услуги, 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](https://docs.cntd.ru/document/902345725#6500IL), 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". Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии со ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

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

*Ф.И.О. контактный телефон*

В случае возникновения во время обследования и лечения (в том числе в ходе операции) непредвиденных осложнений, угрожающих моему здоровью, я даю согласие на изменение характера лечения (в том числе объема оперативного вмешательства), проведение срочных диагностических, лечебных и организационных мероприятий, направленных на немедленное устранение всех болезненных состояний независимо от степени их тяжести и угрозы жизни, предусмотренные утверждёнными стандартами оказания медицинской помощи, действующими на территории Российской Федерации.

**Я понимаю,** что мне могут быть рекомендованы повторные консультации врачей, при этом дополнительного оформления и подписания мною «Информированного добровольного согласия на проведение консультации» не требуется, и **я даю согласие** на их проведение.

Я подтверждаю, что мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и является неотъемлемой частью Договора оказания платных медицинских услуг и медицинской карты ф.025/у. Стоимость платных медицинских услуг, определяется в соответствии с действующим на дату заключения Договора Прейскурантом цен (тарифов) платных медицинских услуг. Подписывая настоящее Информированное добровольное согласие, я удостоверяю, что текст моего Информационного доброго согласия на медицинское вмешательство при первичном обращении мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Все необходимые бланки были мной заполнены на русском языке (я читаю и пишу по-русски).

«\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года

*Дата оформления информированного добровольного согласия*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *подпись Пациента фамилия, инициалы*