

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«МЕДЕНТАСТАР»

450064, г. Уфа, ул. Космонавтов д.18, 8/347/200-83-05 E-mail. medentastar@mail.ru
ИНН 0277055539 КПП 027701001, ОКПО 02870277, ОКВЭД 86.23
р/с 40702810706000023724 в БАШКИРСКОМ ОТДЕЛЕНИИ №8598 ПАО СБЕРБАНК
к/с 30101810300000000601 БИК 048073601

Информированное добровольное согласие на проведение

1. Общие положения

Я, _____ (ФИО), дата рождения
_____, зарегистрирован(а) по адресу:
_____.

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет или недееспособных

граждан:

Я, _____ (ФИО), паспорт:
_____.

выдан: _____
_____.

Зарегистрированный/ая _____ по
адресу: _____.

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
ребенка или

лица, _____ признанного
недееспособным _____.

(ФИО ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год
рождения)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах
охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю **добровольное** согласие на
проведение мне/моему подопечному следующего медицинского вмешательства:
_____ методом.

Меня проинформировали о потенциальных рисках и осложнениях анестезии.

Настоящее согласие дано ООО «МЕДЕНТАСТАР», имеющем лицензию на право
осуществления медицинской деятельности № ЛО-№ЛО41-01170-02/00321147 от
07.05.2018г, по адресу: г. Уфа, ул. Космонавтов, дом 18 (далее - Клиника).

На проведение мне вышеуказанных медицинских вмешательств я
уполномочиваю врача — _____ (в случае
участия ассистентов, также подлежат указанию).

*2. Описание, действие, показания и противопоказания к медицинскому
вмешательству*

Описание технологии: мне разъяснено, что в ходе процедуры Врач

Показания:

☐ другое _____.

**Рекомендуемое количество процедур для достижения максимального
результата:** _____.

Предполагаемый результат медицинского вмешательства:

Я понимаю, что даже при максимально возможной степени заботливости и осмотрительности лечащего врача, какая от него требуется по характеру выполняемой работы, и принятия всех мер для успешного проведения медицинского вмешательства, желаемый результат может быть не достигнут, в силу недостаточного уровня развития современной медицины, не гарантирующей стопроцентного результата; в силу индивидуальных особенностей организма пациента.

Я проинформирован(а) врачом **об альтернативных методах** медицинского вмешательства: _____

_____ и выражаю согласие с предложенным планом лечения.

Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская услуга недоступна по программе обязательного медицинского страхования.

Я предупрежден(а), что **противопоказаниями к проведению медицинского вмешательства являются нижеперечисленные состояния пациента и я обязуюсь предоставить максимально точные данные, которые мне известны:** беременность; кормление грудью; онкология на этапе обострения, предраковые и фоновые заболевания; острые воспалительные процессы в мочеполовой системе; хронические болезни мочевого пузыря на этапе обострения; эпилепсия...

Я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные противопоказания могут повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, лечебным, диагностическим процедурам, что может потребовать денежных и временных затрат, возможна временная нетрудоспособность, и врач/клиника не несет ответственности в случае возникновения осложнений, если я не сообщил(а) или не знал(а) о противопоказаниях, но дал(а) свое согласие на проведение мне/моему подопечному данного медицинского вмешательства.

3. Общие и специализированные риски.

Мне в доступной форме разъяснено и я понимаю, что существует возможность побочных эффектов или серьезных осложнений.

Я ознакомлен с приведенным ниже перечнем побочных эффектов, длительность которых зависит от _____.

4. Медицинские ограничения и рекомендации.

Я осознаю, что тщательное соблюдение всех рекомендаций поможет снизить риски осложнений. Я предупрежден(а) лечащим Врачом о строгом соблюдении режима во время проведения процедуры и после нее. В частности,

•

Обязуюсь выполнять все рекомендации лечащего врача, сделанные в соответствии с протоколом процедуры.

Мне известно, что при несоблюдении мною лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка Клиники лечащий врач вправе отказаться от дальнейшего моего/представляемого лица лечения.

5. Заключительные положения.

Я имел(а) возможность задавать вопросы и на все получил(а) исчерпывающие ответы Лечащего врача.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

(ФИО гражданина, контактный телефон)

(подпись)

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

Настоящим я даю согласие на проведение медицинской фото- и/или видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимая, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью Клиники. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства и хранятся исключительно в моей медицинской карте.

Я **разрешаю /не разрешаю** (нужное подчеркнуть) врачу опубликовать информацию о лечении меня/моего подопечного в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления.

Я подписываю настоящее информированное согласие, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя, обладая всей информацией для принятия решения, полностью осознавая, что беру на себя ответственность за принятое мной решение (дачу согласия) относительно проводимых со мной медицинских манипуляций.

Я прочитал(а) данное согласие, понимаю его смысл, принимаю данные факты и настоящим уполномочиваю провести мне медицинскую манипуляцию.

Настоящим подтверждаю, что данное информированное согласие мною подписано в присутствии лечащего врача.

Если ИДС оформляется на разовое медицинское вмешательство

(ФИО Пациента/законного представителя)

(подпись Пациента)

(дата)

Вышеуказанный Пациент ООО «_____» ознакомился и дал своё информированное добровольное согласие на указанное в нём медицинское вмешательство, а также расписался в настоящем документе в моём присутствии:

(должность, ФИО врача)

(подпись Врача)

(дата)

Если ИДС оформляется на курсовое лечение или периодически обращается за проведением одноименного медицинского вмешательства

Дата	Номер зуба	Подпись пациента или законного представителя/расшифровка	Подпись врача/расшифровка	Дата следующего визита (по актуальности)

6.3.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преемственность и этапного оказания медицинской помощи