

Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство	
--	--

Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство**, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, **допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.**

Я _____

(ФИО пациента, либо законного представителя),

Соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство (осмотр, сбор анамнеза, диагностику и т.д. другое вмешательство: пациенту _____

(ФИО пациента, которого я представляю в силу закона)

будет проводить врач _____

и другие врачи ООО "ЭЛЬ КЛИНИК" (ОГРН 1245800001930, ИНН 5800003680)

В исключительных случаях (например болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника может заменить врача, предварительно уведомив об этом пациента.

Я доверяю лечащему врачу, лицу, выполняющему обязанности лечащего врача, а также среднему медицинскому персоналу выполнение необходимых и показанных мне медицинских манипуляций и вмешательств, в том числе:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация (метод врачебного исследования прощупыванием), перкуссия (метод врачебного исследования простукиванием), аускультация (метод врачебного исследования выслушиванием), риноскопия (метод исследования полости носа с помощью носовых зеркал и расширителей), фарингоскопия (метод визуального исследования глотки), непрямая ларингоскопия (метод визуального исследования гортани), отоскопия.
3. Антропометрические исследования (измерения веса, роста и других размеров тела).
4. Термометрия (измерение температуры тела).
5. Тонометрия (измерение давления).
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. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, промывание лор-органов лекарственными препаратами.
10. Выполнение лабораторных методов обследования, в том числе клинических, биохимических, бактериологических, вирусологических, иммунологических, т.е. методов исследования химических физических свойств биологических жидкостей и тканей пациента с целью выявления патогенных и условно- патогенных микроорганизмов и разработки методов специфической профилактики и лечения инфекционных болезней.
11. Проведение функциональных методов обследования, в том числе электрокардиографии, суточного мониторирования, артериального давления, суточного мониторирования электрокардиограммы, спирографии, пневмотахометрии, пикфлоуметрии, рэоэнцефалографии, электроэнцефалографии, кардиотокографии, с целью выявления ранних, скрытых признаков заболевания и стадии его развития, определения показаний к проведению терапии, контроля эффективности лечения и прогноза его исхода).
12. Выполнение ультразвуковых исследований, основанных на эффекте отражения ультразвуковых волн от внутренних органов пациента.
13. Выполнение доплерографических исследований, т.е. ультразвукового скрининг-метода (необходимого и достаточного) диагностики состояния кровеносных сосудов, основанного на оценке изменения частоты ультразвуковых волн, отраженных от подвижных структур - форменных элементов крови (эффекте Допплера).

Мне даны разъяснения, которые мною осознаны и мне понятны:

1. О целях медицинского вмешательства; методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске; о возможных вариантах видов медицинского вмешательства; о последствиях медицинского вмешательства, в т.ч. о вероятности развития осложнений; о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи; о том, что мне/представляемому предстоит делать во время проведения медицинского вмешательства; о возможных последствиях отказа от предполагаемого медицинского вмешательства;
2. О планируемом объеме и тактике медицинских вмешательств, а также о том, что они могут быть изменены в силу специфики медицинских услуг в зависимости от индивидуальных особенностей организма пациента, состояния его здоровья, получаемых результатов обследований и т.п.;
3. О том, что отказ от необходимого лечения, от выполнения назначений и рекомендаций врачей, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема назначенных лечащим

врачом препаратов, самовольное использование инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс оказания медицинской помощи/лечения, снизить качество оказываемой медицинской помощи и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

4. О необходимости проинформировать врача обо всех известных мне данных о моем состоянии здоровья

(представляемого) и состоянии здоровья ближайших родственников, в т.ч. об имеющейся в анамнезе патологии, перенесенных или имеющихся заболеваниях, инфекциях, аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в семье, травмах, операциях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня/представляемого во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, а также иных, сообщить любые сведения, которые могут повлиять на качество оказываемой медицинской помощи;

5. О том, что проводимое лечение не гарантирует 100%-ный результат и что при проведении медицинских манипуляций и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения, что используемая технология и тактика медицинской помощи не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов, обусловленных биологическими особенностями организма, а также существует возможность непреднамеренного причинения вреда здоровью.

6. О том, что в случаях несоблюдения предписаний врача, отказа от проведения необходимых обследований, исследований, осмотров и консультаций врачей-специалистов, нарушения Положения о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ООО "ЭЛЬ КЛИНИК", в том числе Правил внутреннего распорядка ООО "ЭЛЬ КЛИНИК", врачом по согласованию с Главным врачом, может быть принято решение об отказе от наблюдения за пациентом и его лечения, если это не угрожает жизни пациента.

7. О том, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9.ст.20 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме до начала медицинских манипуляций и хранится в медицинской документации.

Я подтверждаю:

- что мне понятен смысл всех терминов, употребленных в настоящем Согласии;

- что я имел(а) возможность задать и получить ответы на все интересующие меня вопросы, связанные с оказанием мне/представляемому медицинской помощи, в т.ч. в области медицины;

- что ознакомлен(а) с Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг ООО "ЭЛЬ КЛИНИК", в том числе с правилами поведения пациентов, а также с прейскурантом ООО "ЭЛЬ КЛИНИК" и порядком оплаты услуг в Клинике;

- что осознаю, что в силу специфики медицинских услуг, их стоимость и объем в любом случае могут быть определены как предварительные и их окончательные стоимость и объем определяются, исходя из фактически оказанных с моего согласия медицинских услуг на момент окончания их исполнения.

На основании вышеизложенного, я добровольно и осознанно принимаю решение об оказании мне (представляемому) платных медицинских услуг в ООО "ЭЛЬ КЛИНИК" и даю добровольное информированное согласие на проведение всех необходимых медицинских вмешательств, связанных с оказанием мне/представляемому медицинской помощи, а также необходимых по медицинским показаниям дополнительных медицинских вмешательств, которые могут потребоваться по состоянию здоровья.

Данное мною информированное согласие действительно в течение всего срока оказания медицинской помощи (предоставления медицинских услуг) в ООО "ЭЛЬ КЛИНИК"

Мне понятно, что данное согласие может быть отозвано по моему желанию по письменному заявлению.

Я проинформирован, что ООО "ЭЛЬ КЛИНИК" не работает в системе обязательного медицинского страхования и программах госгарантий. Мне понятно, что реализовать свое право на получение медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, я имею возможность обратившись в иную медицинскую организацию, которая осуществляет свою деятельность в сфере услуг ОМС, и участвует в программах госгарантий.

Я свидетельствую, что получил разъяснения о целях, характере, ходе и объеме планируемых в ходе оказания медицинской помощи медицинских вмешательств, а также способах и рисках их проведения, получать ответы на все интересующие вопросы.

Я проинформирован (а) о том, что такие согласия на конкретные медицинские вмешательства в ходе моего (представляемого) лечения подписываются однократно, как комплексное ознакомление меня (представляемого) со спецификой предстоящей медицинской услуги предстоящей медицинской услуги, в дальнейшем, при необходимости повторного выполнения такой манипуляции, информирование и прочие разъяснения будут проводиться в устной форме. Я понимаю, что этот план лечения является наиболее вероятным, но не исключена возможность возникновения обстоятельств, могущих повлечь изменение плана лечения по медицинским показаниям и (или) иным причинам, а следовательно и его стоимости. Так же может возникнуть необходимость дополнительных медицинских вмешательств для обеспечения надлежащего качества намеченного плана лечения.

Отказываясь от применения данных диагностических/лечебных манипуляций я осознаю, что лишаю врача возможности получения более точной и достоверной информации о состоянии моего здоровья (здоровья представляемого). Я понимаю, что факт дачи мною согласия на медицинское вмешательство имеет соответствующие юридические последствия. Я подписываю настоящее согласие на медицинское вмешательство, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц,

обладая необходимой информацией для принятия решения.

Я **согласен(а) / не согласен(а)** на передачу сведений о приеме в соответствии с п. 3 пп «е» Постановления Правительства N 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения»

Я разрешаю использовать мою медицинскую информацию сотрудникам ООО "ЭЛЬ КЛИНИК" участвующим в оказании услуги, в том числе в целях проведения внутреннего контроля качества.

Я разрешаю передавать копии моей медицинской документации (ФИО, степень родства) _____, а так же сообщать о состоянии моего здоровья.

Я разрешаю делать фото/видео протоколы моего лечения сотрудниками ООО "ЭЛЬ КЛИНИК" для более качественного оказания мне услуги. Я _____ /разрешаю/не разрешаю/ использовать мои фото в социальных сетях ООО "ЭЛЬ КЛИНИК".

(Фамилия И.О. пациента/законного представителя пациента) (Подпись)

Врач _____

(Должность, Фамилия И.О.) (Подпись) дата

ОТКАЗ ОТ ЛЕЧЕНИЯ

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

_____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя) при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в (полное наименование медицинской организации) ООО "ЭЛЬ КЛИНИК"

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – виды медицинских вмешательств):

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

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

дата _____ Подпись _____ (ФИО)

Правила записи на первичный прием/консультацию в клинике ООО «ЭЛЬ КЛИНИК»

Подача заявки гражданином на прием может быть выполнена одним из следующих способов:

1. Личным обращением в регистратуру медицинской организации с пн-сб 10:00–18:00, вс - выходной.
2. С использованием телефонного обращения в медицинскую организацию пн-сб 10:00–18:00, вс - выходной;
по телефону пн-сб 10:00–18:00, вс - выходной +7-950-235-03-03; с помощью Интернет сайта ООО «ЭЛЬ КЛИНИК» по адресу: <https://el-clinic58.ru/>

Гражданин, при личном обращении в регистратуру клиники для подачи заявки на прием к врачу, может получить услугу в порядке очереди по факту обращения согласно времени, отведенному для приема в графике конкретного врача медицинской организации.

Регистратор клиники производит запись с учетом пожеланий гражданина в соответствии с расписанием приема врача. При телефонном обращении необходимо предоставить следующую обязательную информацию о себе: ФИО; номер контактного телефона.

Гражданин сообщает работнику клиники специализацию и ФИО врача, к которому необходимо записаться на первичный прием, и желаемую дату, и время приема. На основании сведений, полученных от гражданина, регистратор вносит реестровую запись.

Пациент при первичном обращении в клинику (по предварительной записи или без) обращается в регистратуру и сообщает о своем присутствии. В регистратуре ему оформляется медицинская карта, договор на оказание услуг, согласие на обработку персональных данных. Далее пациент проходит в косметологический кабинет для оформления остальной медицинской документации непосредственно к врачу-косметологу (если была предварительная запись) или записывается к врачу-косметологу на удобное для пациента время и день.

Для записи на первичный прием \ консультацию при себе иметь: - паспорт или другой документ, удостоверяющий личность;

Гражданин должен предоставить оригиналы документов либо их надлежащим способом заверенные копии. Требования регистратора о предъявлении документов, не указанных выше, для предоставления услуги не допускаются. На основании сведений, полученных от гражданина, регистратор вносит реестровую запись.

Отсутствие документов, удостоверяющих личность, не является причиной отказа в косметологической медицинской помощи. При экстренном характере обращения пациента в клинику регистратор направляет пациента на прием к врачу-специалисту только при наличии свободного времени у врача. Граждане, могут получить медицинскую помощь во внеочередном порядке во временные промежутки, выделенные в расписании врача для приема граждан в порядке очереди.

При предварительной записи на прием к специалисту-косметологу пациент предупрежден о том, что в случае опоздания в назначенное время, прием врача не меняется и пациент может не попасть на прием.

Время ожидания не должно превышать тридцати минут с момента, назначенного пациенту.

Гражданин имеет право отказаться от поданной заявки на прием к врачу без объяснения причин, но обязан уведомить об этом регистратора клиники заблаговременно, желательно не позднее, чем за 8 часов до назначенного времени приема.

Прием осуществляется по тарифам платной медицинской помощи на основании действующего на момент обращения за услугой Прейскуранта.

При возникновении проблем, вопросов и пожеланий по форме записи просим Вас обращаться к администрации клиники в письменном обращении. «Книга заявлений и предложений» находится в регистратуре клиники.