

**Заявление о даче информированного добровольного согласия
на медицинское вмешательство**

Я, нижеподписавшийся(-аяся), _____,
(Ф.И.О. законного представителя (родители, усыновители, опекуны, попечители),
проживающий(ая) по адресу: _____,
года рождения, в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», выражаю **свое информированное добровольное согласие** на осуществление в отношении

_____ (ФИО пациента- несовершеннолетнего до 15 лет/больного наркоманией до 16 лет, недееспособного)
представляемого _____ мной _____ на _____ основании _____

_____ (наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя, кем, когда выдан – доверенность, свидетельство о рождении и пр.), (нужное подчеркнуть)
следующего медицинского вмешательства:

| Вид медицинского вмешательства |
|--|
| 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 |
| Медицинский массаж |
| Лечебная физкультура |
| Прием фитосборов, кислородного коктейля, проведение тюбажей |
| Спелеотерапия, гипокситерапия, аэроионотерапия |
| Ингаляции с лекарственными препаратами, травами, оксигенотерапия |
| Грязе- и теплолечение |
| Водолечение (лечебные души, ванны, лечебное плавание в бассейне с минеральной водой) |
| Введение лекарственных препаратов с помощью клизмы, гидроколоновоздействие |
| Термовоздействие (посещение сауны, фитобочка, ароматерапия, «Мертвого моря») |
| Аппаратная физиотерапия (электро- и светолечение, магнитотерапия, прессотерапия, газовые ванны) |
| Механотерапия (Аква-релакс) |

Основное заболевание, по поводу которого возникла необходимость проведения медицинского вмешательства (указывается при необходимости): _____

(указать установленный и/или предварительный диагноз в соответствии с международным классификатором болезней-10)

Настоящим заявляю, что в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», необходимость **проведения моему представляемому указанных в настоящем согласии видов медицинского вмешательства осознанно и обладаю полной информацией о каждом из предстоящих медицинских вмешательств, этапах, способах их проведения, о целях, методах медицинской помощи, возможном связанном с ними риске, возможных вариантах медицинских вмешательств, их последствиях, формах болезненности, длительности проведения, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, а особенно отмечено следующее (указывается при необходимости):** _____

Я понимаю необходимость и целесообразность проведения указанных в настоящем согласии видов медицинского вмешательства моему представляемому и **предупрежден(а) о возможных осложнениях**, реакциях организма, обострении сопутствующих заболеваний, обусловленных биологическими особенностями организма, включая не зависящие от соблюдения применяемой технологии (т. е. о непреднамеренном причинении вреда здоровью), кроме того: обострение хронических заболеваний, аллергическая реакция, понижение/повышение АД, обострение и усиление болевого синдрома, учащение сердцебиения, раздражение кожного покрова, риск отрыва и движения тромба, местная реакция в виде покраснения участка тела.

Мною до проведения медицинских вмешательств **сообщаются следующие известные мне данные о состоянии здоровья моего представляемого**, известные противопоказания при применении лекарственных препаратов, а также в применении определенных методов диагностики и лечения: _____

(указываются известные законному представителю сопутствующие заболевания, синдромы, состояния, возрастные изменения, реакции организма, способные повлиять на результаты оказания медицинского вмешательства, аллергические проявления или индивидуальная непереносимость лекарственных препаратов, перенесенные травмы, операции, заболевания, сведения о наследственности, употреблении наркотических и токсических средств, о переливании крови, а также все известные противопоказания при применении определенных методов диагностики и лечения).

Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Я понимаю, что во время медицинского вмешательства могут возникнуть обстоятельства, препятствующие его выполнению или выявится ситуация, требующая изменения плана (метода, способа) проведения медицинского вмешательства - возникновение осложнений, обострений, острых заболеваний, неотложной ситуации. В такой ситуации я доверяю лечащему врачу и его ассистентам принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением, и выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения состояния моего представляемого.

Мне известно, что в целом медицинская деятельность отнесена к категории опасных и возможное возникновение осложнений в процессе лечения зависит не только от тактики врача, проводившего медицинское вмешательство, но и от состояния организма моего представляемого, его биологических особенностей.

Я осознаю, что после проведения медицинского вмешательства ожидаемый результат может не наступить вовсе или наступить не так скоро, как прогнозировалось, а сам факт проведения медицинского вмешательства не приведет автоматически к выздоровлению. Я проинформирован о том, что для достижения ожидаемого результата от проводимого лечения кроме указанных в настоящем согласии медицинских вмешательств может потребоваться проведение дополнительных медицинских вмешательств. Мне известно, что 100 % гарантии положительного результата лечения в целом дано быть не может, поскольку наступление выздоровления или улучшения состояния зависит не только от способа, выбранного метода, тактики проведения медицинского вмешательства, но и от ряда объективных факторов, могущих повлиять на результат медицинского вмешательства.

Мне известно о моем праве на отказ от медицинского вмешательства в порядке ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Я проинформирован о том, что в случае отказа от медицинского вмешательства договорные отношения с ООО «Санаторий «Евромед», заключенные в пользу моего представляемого, прекращаются по моей инициативе. В случае такого отказа я не буду иметь претензий к качеству оказанных медицинских услуг по причине недостижения ожидаемого результата. Я осознаю и соглашаюсь с тем, что ответственность за возникшие у моего представляемого вследствие моего отказа от медицинского вмешательства негативные последствия я буду нести самостоятельно.

Я понимаю, что несообщение сведений о состоянии здоровья моего представляемого, несоблюдение им рекомендаций врача (в том числе о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях) и самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии его здоровья и результатах медицинской услуги. Мне разъяснено, что материалы, полученные по результатам консультации, подлежат хранению в течение сроков, предусмотренных для хранения соответствующей первичной медицинской документации. Предоставление мне документации (их копий) и выписок из них осуществляется в установленном законодательством Российской Федерации порядке. Предоставление доступа к документации и сопутствующим материалам в течение сроков их хранения осуществляется в соответствии с действующим законодательством.

На проведение моему представляемому видов медицинского вмешательства, указанных в настоящем согласии уполномочиваю лечащего врача, а также других работников ООО «Санаторий «Евромед», принимающих непосредственное участие в оказании моему представляемому медицинской помощи. Я разрешаю присутствие при проведении медицинских вмешательств наблюдающих лиц/врачей, если это необходимо и приемлемо для лечащего врача.

При возникновении любой необходимости, в том числе в случае неблагоприятного прогноза развития заболевания и/или возможного летального исхода, прошу предоставить мне все сведения о моем представляемом, составляющие мою врачебную тайну, в том числе информацию о диагнозе, степени тяжести и характере заболевания, а также сведения о результатах медицинских обследований, наличии заболеваний, прогнозе развития заболеваний, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи, а также следующим лицам:

Я удостоверяю, что текст данного информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, содержание понятно и полностью меня удовлетворяет.



_____/_____/_____
(Подпись законного представителя)

Настоящий документ оформлен: медицинским работником ООО «Санаторий «Евромед»

«__» _____ 20__ г. _____/_____
(Подпись) (Расшифровка подписи)