

Приложение № \_\_\_\_\_ к Договору № \_\_\_\_\_

об оказании медицинских услуг физическим лицам от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 г.

**Информационное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информационное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.**

Я (Ф.И.О. пациента) \_\_\_\_\_

(адрес места жительства пациента либо его законного представителя)

даю информационное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информационное 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. за № 390 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., № 24082) (далее-Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в Обществе с ограниченной ответственностью «Клиника АВС».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ним риски, 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 вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона РФ от 21 ноября 2011 г., № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, Ха 498, ст. 6724; 2012, №26, ст.34442, 34446).

(Подпись) (Ф.И.О. пациента либо его законного представителя)

(Подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

\_\_\_\_\_ (Дата оформления)

Я извещен (а) о том, что мне (Пациенту) необходимо регулярно принимать назначенные врачом препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных врачом лекарств;

-Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение назначенного лечебно-охранительного режима рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения, снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечет за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

-Я поставлен(а) в известность о необходимости предоставления медицинским работникам медицинской организации сведения обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(ла) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

-Я удостоверяю, что получил(ла) полную информацию обо всех медицинских услугах, оказываемых медицинской организацией, перечень которых указан в Прайс-листе на медицинские услуги, о программах медицинского обслуживания, о правах и обязанностях Пациента, в том числе о праве на отказ от медицинского вмешательства, о порядке и условиях оказания медицинских услуг в Клинике, а также информацию о медицинской организации, осуществляющей медицинское вмешательство, о наличии лицензии, о врачах-специалистах, уведомлен(на) о том, что данная информация доступна на официальном сайте медицинской организации <http://www.klinika-abc.ru>.

-Я согласен(на), что при несоблюдении назначений и рекомендаций, лечащий врач и ООО «Клиника АВС» не несет ответственности за результат моего лечения.

-Я ознакомлен(на) и согласен(на) со всеми пунктами договора об оказании платных услуг, в рамках которого мне оказываются медицинские услуги, со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и объем предоставленной информации меня удовлетворяет. Мне понятен смысл сообщенной мне информации и терминов, на меня не оказывалось давление.

---

(Подпись) (Ф.И.О. пациента либо его законного представителя)

\_\_\_\_\_ (Дата)