АРИСТОМЕД
ВАШ ЛИЧНЫЙ ВРАЧ
г. Санкт-Петербург, ул. Жукова, д. 3 лит А
www.aristomed.ru; medcenter@aristomed.ru
+7(812)443-86-59

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, **Иванов Иван Иванович, 00.00.0000 года рождения**, настоящим подтверждаю, что в целях установления состояния моего здоровья, постановки диагноза, определения дальнейших методов диагностики, назначения лечения, выявленного у меня заболевания, дальнейшей корректировки назначенного мне лечения добровольно даю свое согласие на проведение мне, в соответствии с назначениями врача, следующих диагностических исследований и лечебных процедур:

- опрос, в том числе, выявление жалоб, сбор анамнеза; общий осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, наружный осмотр молочных желез, половых органов, исследование при помощи зеркал, забор биоматериала для лабораторных исследований, бимануальное гинекологическое исследование; кольпоскопия (в том числе с использованием фото- и видеоадаптеров, компьютерной обработкой данных, распечаткой результатов исследования); наружное и внутреннее акушерское исследование (после 12 недель беременности), ректальное исследование; лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, цитологические, гистологические различных биологических сред организма и биопсийного материала; функциональные методы обследования, в том числе, термометрия, мониторирование артериального давления; кардиотокография (для беременных); рентгенологические методы обследования, в том числе гистеросальпингография (ГСГ); ультразвуковые исследования (УЗИ), в том числе, экспресс УЗИ органов малого таза, ЭХО гистеросальпингоскопия (ЭХО ГСС), допплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, интравагинально интрацервикально, внутриматочно; постановка и удаление контрацептивного импланта, внутриматочной системы; гирудотерапия; медицинский массаж, лечебная физкультура.

Я подтверждаю, что мне в доступной форме (в том числе, в виде общедоступной информации) объяснены необходимость, суть вышеуказанных медицинских вмешательств, обстоятельства, которые могут повлиять на результаты медицинского вмешательства, необходимость придерживаться определенной диеты и режима до, вовремя и после проведения медицинского вмешательства. Необходимость проведения мне других методов обследования будет разъяснена мне дополнительно.

Я информирован (-на) о неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур (повышение температуры тела, болевые ощущения, аллергические реакции на медикаментозные препараты и пр.), возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью (гематомы, петехии, ссадины, порезы, кровотечения и пр.), а также о том, что предстоит мне делать в случае их возникновения.

Я осведомлен (-на) о необходимости информирования врача и иного медицинского персонала 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, курении.

Я подтверждаю, что мною предоставлена полная информация и все документы (копии документов), касающиеся состояния моего здоровья, которыми я располагаю на момент обращения в лечебное учреждение, если эта информация и документы могут повлиять на качество оказываемых мне услуг.

Я извещен (-на), что невыполнение назначенных диагностических исследований и манипуляций, а также несоблюдение предписанных диеты и режима может привести к неправильной постановке диагноза.

Я подтверждаю, что имел возможность задать все интересующие меня вопросы относительно предстоящего медицинского вмешательства, а также получил все необходимые ответы и разъяснения.

Я обязуюсь при первой возможности информировать (в частности, по телефону) специалистов (врачей) Медицинского Центра о невыполнении сделанных ими назначений и причинах этого, случае отказа от услуг, которые могли бы, уменьшить или снять опасность для здоровья Пациента, дать соответствующую расписку об отказе от медицинского вмешательства, а в случае окончательного отказа от медицинских услуг (части услуг) известить Медицинский Центр об этом в письменной форме.

Я осведомлен (-на) о своих правах пациента, предоставленных мне в соответствии с федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом РФ «О защите прав потребителей» №2300-1 от 07.02.1992».

00.00.0000 г.

Подпись (Иванов Иван Иванович) пациента

Подпись (ФИО) мед. работника _____ /_____/