

ООО "Ясный мир"

<b>Информированное добровольное согласие пациента на осмотр, консультацию, об объемах и видах оказания медицинской помощи, о плане лечения</b> <i>Приложение №1 к договору от «___» _____ 202 г.</i>	Уважаемые пациенты! Любое медицинское вмешательство направлено на диагностику, профилактику и лечение заболеваний. Мне разъяснено, что медицинское вмешательство может быть связано с риском неблагоприятных последствий (осложнений), вероятность возникновения которых не может быть полностью исключена в силу индивидуальных особенностей организма.
---	--

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),

даю добровольное информированное согласие на проведение мне (представляемому мной лицу) медицинских вмешательств, включая осмотр, сбор анамнеза, диагностические и лечебные манипуляции, врачом-офтальмологом и иными медицинскими работниками Исполнителя в пределах их профессиональной компетенции.

Соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство пациенту \_\_\_\_\_  
(ФИО пациента, которого я представляю в силу закона)

медицинский персонал Исполнителя:

#### ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

1. опрос, сбор жалоб и анамнеза;
2. осмотр, в том числе общий осмотр и специализированные вспомогательные неинвазивные офтальмологические манипуляции (отведение/выворот века, осмотр на целевой лампе и др.);
3. Тонометрия (измерение внутриглазного давления).
4. Измерение полей зрения.
5. Дополнительные неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, включая офтальмоскопию, а также иные медицинские вмешательства и диагностические исследования, необходимые по медицинским показаниям в рамках оказания офтальмологической медицинской помощи.
6. Введение лекарственных препаратов по назначению врача и по медицинским показаниям, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутриочно, субконъюнктивально, пара- и перибуглярно.

Конкретный объем, последовательность и необходимость медицинских вмешательств определяются лечащим врачом с учётом состояния здоровья пациента, результатов обследований и медицинских показаний.

#### РАЗЪЯСНЕНИЯ ПАЦИЕНТУ

**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 (рекомендаций) врача, отказа от проведения необходимых обследований, исследований, осмотров и консультаций врачей-специалистов, нарушения Положения о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в Клинике, в том числе Правил внутреннего распорядка Клиники, 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.

## ПРАВА ПАЦИЕНТА

Я подтверждаю, что мне разъяснены мои права и обязанности как пациента, в том числе право на получение информации о состоянии здоровья, право на отказ от медицинского вмешательства, а также обязанность соблюдать назначения и рекомендации медицинских работников.

### **Я подтверждаю:**

- что мне понятен смысл всех терминов, употребленных в настоящем Соглашении;
- 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 Исполнителем, в том числе с правилами поведения пациентов, а также с прейскурантом Исполнителя 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 Клинике 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 «Ясный мир»

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

---

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

### **ОБРАБОТКА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я даю согласие на обработку и использование моих персональных и медицинских данных медицинскими работниками Клиники исключительно в целях оказания медицинской помощи, ведения медицинской документации и внутреннего контроля качества, в соответствии с требованиями Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я даю согласие на передачу копий моей медицинской документации третьим лицам исключительно по моему письменному заявлению либо в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, с указанием конкретных лиц, которым допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну.

Я даю согласие на фото- и (или) видеодокументацию процесса диагностики и лечения исключительно в медицинских целях, для оформления медицинской документации и повышения качества оказания медицинской помощи, без использования в рекламных и маркетинговых целях, без публикации, распространения и передачи третьим лицам.

Согласие на обработку персональных данных действует в течение всего срока оказания медицинской помощи и хранения медицинской документации в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

### **ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Мне разъяснены цели, характер, объем, возможные риски и последствия медицинских вмешательств, а также мои права и обязанности. Я подтверждаю, что решение

о даче настоящего информированного добровольного согласия принято мной добровольно, без давления и принуждения, при наличии полной и достаточной информации для принятия решения.

Врач-офтальмолог \_\_\_\_\_  
(Должность, Фамилия И.О.) (Подпись) дата

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

План лечения является самостоятельным приложением и неотъемлемой частью договора на оказание платных медицинских услуг.

Пациент:  
(ФИО) \_\_\_\_\_

Врач (ФИО) \_\_\_\_\_

№ пп	Код по номенклатуре	Наименование услуги	Стоимость (руб.)	Кол-во	Общ ая сумм а
1					
2					
3					
4					
5					

**Настоящий план мною прочитан, понятен и со мною согласован. Я задал (а) врачу все интересующие меня вопросы. С планом лечения согласен (а), претензий не имею.**

подпись \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_