

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБСЛЕДОВАНИЕ  
И ЛЕЧЕНИЕ В ГАУЗ «ГОСПИТАЛЬ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН» Г. КАЗАНИ

г. Казань

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ, проинформирован(а), что я (пациент) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ поступил(а) в ГАУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» г.Казани.

**Даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств:**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия
5. Тонометрия
6. Неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы исследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы исследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

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 Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 г. № 390н (зарегистрирован Минюстом России 05.05.2012 г. № 24082)

при оказании мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) первичной медико-санитарной помощи

\_\_\_\_\_ подпись

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

Я подтверждаю, что мне разъяснены права пациента при обращении за медицинской помощью, и ее получении:

- 1) выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- 2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- 3) получение консультаций врачей-специалистов;
- 4) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;
- 5) получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- 6) получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;
- 7) защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
- 8) отказ от медицинского вмешательства;
- 9) возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;
- 10) допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;
- 11) допуск к нему священнослужителя, в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях – на предоставление условий для проведения религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.

В случае нарушения прав пациента я могу обратиться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу ГАУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» г.Казани, в котором мне (пациенту) оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации либо в суд.

- ✓ Мне даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);
- ✓ Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;
- ✓ Добровольно даю согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.
- ✓ Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а так же о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;
- ✓ Я извещен(а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любых ухудшениях самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;
- ✓ Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
- ✓ Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергологических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.
- ✓ Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- ✓ Я согласен(а) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских ВУЗов и колледжей, исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;
- ✓ Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;
- ✓ Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

\_\_\_\_\_  
(Фамилия И.О. пациента)

\_\_\_\_\_  
(подпись пациента)

**Заполняется законным представителем:**

Я \_\_\_\_\_ законный представитель

(Ф.И.О. законного представителя)

пациента \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

(данные пациента)

Даю согласие на предложенные условия осуществления вышеуказанного медицинского вмешательства

\_\_\_\_\_  
(подпись законного представителя)

Настоящее соглашение подписано пациентом (законным представителем) после проведения врачом разъяснительной беседы.

Беседу провел врач \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_\_ г.

(Фамилия И.О., подпись врача)