

Расписка
(информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при оказании платных медицинских услуг,
согласие на обработку персональных данных)

Я _____

зарегистрирован (а) по адресу: _____

_____, тел. _____

ознакомлен(а) лечащим врачом с намеченным планом моего обследования и/или последующего лечения, включающего в себя:

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 органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, 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 обследования, 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, внутрикжно¹.**
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.
(нужное подчеркнуть и/или указать ниже иные методы (заполняется лечащим врачом)
15. _____;
16. _____;

Я поставлен(а) в известность лечащим врачом, что целью обследования является необходимость в диагностике заболевания и определении вариантов, которые возможны при моем состоянии, и выбор наиболее благоприятного варианта из имеющихся. Мне лично лечащим врачом были разъяснены характер, ход, объем и время планируемых исследований. Я также ознакомлен(а) и согласен(на) с планом предполагаемого мне поэтапного лечения, стоимостью услуг и действием назначенных лекарственных препаратов (см. Лист назначения).

Я согласен на применение медицинских препаратов, назначенных мне сторонним лечащим врачом и приобретенных мною за пределами медицинского центра.

Я предупрежден о последствиях использования некачественных медицинских препаратов и лекарственных средств; клиника не несет ответственность за правильность и своевременность медицинских препаратов и лекарственных средств, назначенных сторонней медицинской организацией.

Я лично прошу предоставить мне возможность получения результатов лабораторных исследований посредством электронной почты. Прошу направлять указанные результаты лабораторных исследований на следующий адрес электронной почты:

О связанных с использованием электронной почты рисках разглашения персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну и тайну частной жизни, в том числе о возможности доступа третьих лиц к предоставляемой информации в процессе и/или в результате направления результатов лабораторных исследований посредством электронной почты, предупрежден(а). Клиника не несет ответственности за разглашение персональных данных и конфиденциальной информации в результате направления результатов лабораторных исследований посредством электронной почты по указанному мною адресу.

Я подтверждаю, что сообщил(а) лечащему врачу и помогающему ему медицинскому персоналу всю достоверную информацию, связанную с моим здоровьем, физическим и психическим состоянием, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о перенесенных и текущих заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения. Мне так же разъяснено, что в случае сокрытия или предоставления неполной информации о моем здоровье, невыполнения указаний лечащего врача, ответственность за результат лечения Клиника не несет.

Мне известно, что во время обследования и лечения возможно проявление обстоятельств (например, индивидуальная непереносимость лекарств, установление сопутствующего диагноза или развитие состояния, исключаящего или предполагающего корректировку намеченного плана лечения и некоторые другие), из-за которых может возникнуть необходимость в дополнительных манипуляциях и/или изменении медикаментозной терапии, предвидеть которые в момент оформления данного документа не предоставляется возможным. При этом лечащий врач и помогающий ему медицинский персонал обязаны довести до моего сведения новый план обследования и/или лечения, стоимость услуг, а так же удлинение общих сроков лечения, исходя из обоснованных оснований.

В целях оказания платных медицинских услуг даю согласие (не даю согласие) на обработку моих персональных данных (персональных
(ненужное зачеркнуть)

Данных потребителя), включая данные о состоянии моего здоровья. Разрешаю обработку персональных данных.

Я предупрежден(а) о возможном появлении после проведения лабораторных исследований (забор крови и т.д.), введения лекарственных препаратов (внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикжно) допустимого процесса осложнений - гематома, синяк, раздражение и т.д.

Обязуюсь выполнять все рекомендации лечащего врача, сделанные в соответствии с намеченным планом обследования и/или лечения.

Мне известно, что при несоблюдении мною лечебных предписаний, рекомендаций, назначенного режима лечения, правил внутреннего распорядка настоящего лечебного учреждения возможно снижение качества предоставляемой медицинской услуги, которое повлечет невозможность завершения лечения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья, лечащий врач вправе отказаться от дальнейшего моего лечения.

Я ознакомлен(а) в доступной форме с информацией о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) вышеизложенную информацию, она мне понятна и доступна, я даю добровольное информированное согласие на проведение осмотра, обследования и/или лечения согласно намеченному плану.

Подпись пациента _____ «__» _____ 20__ г.

Подпись и личная печать лечащего врача _____

¹В случае отсутствия направления на процедуру перед ее началом необходимо проконсультироваться с врачом и пройти диагностическое обследование для предотвращения последствий. Обращаем Ваше внимание, что процедуры озонотерапии, аутогемотерапии, лазерного облучения крови, иные физиотерапевтические процедуры носят профилактический характер для повышения иммунитета и общего состояния организма, назначаются в дополнение к основному курсу лечения.