

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

г. Новосибирск

«_» _____ 20 г.

Я, нижеподписавшийся(ая):

ФИО _____ **пациента (или законного представителя)** _____
Документ, удостоверяющий личность _____ **серия** _____ **№** _____
Дата рождения «__» _____ **г.** _____
Адрес регистрации / места жительства _____
Контактный телефон _____ **E-mail** _____

действуя от **своего имени** (если **пациент совершеннолетний** или **эмансипированный**)
или в качестве **законного представителя** **несовершеннолетнего / недееспособного лица**:

ФИО представляемого _____

Дата рождения представляемого о «__» _____ г.

Документ, подтверждающий полномочия представителя _____

(свидетельство о рождении, решение органа опеки и т.п.)

ознакомившись с целями, методами, возможными рисками, альтернативными вариантами и ожидаемыми результатами предлагаемых медицинских вмешательств (далее – вмешательства), а также с **Правилами предоставления платных медицинских услуг** и **Правилами внутреннего распорядка** ООО «Детская клиника», размещёнными на сайте <https://pro-tektika.ru/>,

ПОДТВЕРЖДАЮ:

- Мне (моему представляемому) **разъяснены** в доступной форме сотрудником медицинской организации:
 - цели и необходимость назначенных медицинских вмешательств;
 - способы их проведения, примерная продолжительность;
 - ожидаемые положительные результаты, возможные неприятные ощущения (боль, дискомфорт);
 - возможные риски и осложнения**, включая аллергические реакции, кровотечения, инфекционные осложнения, побочные действия лекарственных препаратов, неэффективность вмешательства;
 - альтернативные методы диагностики и лечения (в том числе отказ от вмешательства) с указанием их достоинств и недостатков.
- Я **добровольно, без принуждения** принимаю решение о проведении следующих медицинских вмешательств, назначенных лечащим врачом (нужное отметить или дописать):
 - осмотр врачом-специалистом (педиатр, детский невролог, детский оториноларинголог, детский офтальмолог, детский хирург, иной _____);
 - взятие биологического материала (кровь, моча, мазки, соскобы) для лабораторных исследований;
 - инструментальные диагностические исследования (УЗИ, ЭКГ, эндоскопия, рентген – по назначению);
 - инъекции (внутримышечные, внутривенные, подкожные, внутрикожные);
 - перевязки, обработка ран, удаление швов;
 - физиотерапевтические процедуры;
 - иные манипуляции для детей _____;
 - иные вмешательства по назначению врача: _____

Либо – общее согласие:

[] на все медицинские вмешательства, включённые в Перечень видов медицинских вмешательств, утверждённый Приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.04.2012 № 390н (в том числе с учётом педиатрической практики), и назначаемые мне (моему представляемому) врачом ООО «Детская клиника» в рамках амбулаторного приёма и лечения.

- Я уведомлён(а) о том, что:
 - имею право **отказаться от медицинского вмешательства** или потребовать его прекращения на любом этапе (ст. 20 № 323-ФЗ), за исключением случаев, когда отказ угрожает жизни и здоровью окружающих (законодательство об инфекционных заболеваниях).
 - в случае отказа от вмешательства после его начала я оплачиваю фактически оказанную часть услуги в соответствии с договором и правилами клиники.

- информация о факте обращения, состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при обследовании и лечении, составляют **врачебную тайну** и не подлежат разглашению без моего письменного согласия, за исключением случаев, прямо предусмотренных законодательством РФ.
 - результаты медицинских вмешательств фиксируются в медицинской документации, которая хранится в ООО «Детская клиника» не менее 25 лет.
4. Согласие на обработку моих персональных данных, включая сведения о состоянии здоровья, предоставлено мной отдельно (в соответствии с Политикой обработки персональных данных ООО «Детская клиника») и является неотъемлемой частью договора на оказание платных медицинских услуг.
5. Настоящее согласие даётся **на период оказания медицинской помощи пациенту** в ООО «Детская клиника» до завершения лечения или до моего письменного отзыва. Отзыв согласия оформляется путём подачи письменного заявления на имя директора.

С условиями ознакомлен(а), согласие даю добровольно.

Возможные риски и последствия мне разъяснены. Альтернативные варианты диагностики и лечения предложены, от них я отказываюсь в пользу выбранных вмешательств.

Подпись пациента / законного представителя _____
(расшифровка)

ФИО и подпись медицинского работника, предоставившего информацию:

_____ / _____

Дата заполнения: « _____ » _____ 20 ____ г.

Реквизиты медицинской организации – ООО «Детская клиника», заверяющие согласие

Полное наименование	Общество с ограниченной ответственностью «Детская клиника»
Сокращённое наименование	ООО «Детская клиника»
Юридический / фактический адрес	630061, Новосибирская область, г. Новосибирск, ул. Гребенщикова, д. 1, оф. 1
ИНН / КПП	5402053749 / 541001001
ОГРН	1195476048063
Лицензия на медицинскую деятельность	№ Л041-01125-54/00356249 от 09 сентября 2020 г., выдана Министерством здравоохранения Новосибирской области
Телефон	+7 (383) 209-02-29; +7 (383) 209-22-37
E-mail	dk.promedica@gmail.com, greb1@pro-medika.ru
Сайт	https://pro-tektika.ru/
Директор	Майорова Татьяна Сергеевна

Место для печати ООО «Детская клиника»

(подпись уполномоченного лица / печать организации)