

Приложение № 3
к Договору-оферте возмездного оказания услуг
(в том числе медицинских услуг на условиях
оздоровительного и санаторно-курортного лечения)
в ООО «Ольгинка» филиал «Шато Спас»
от « _____ » _____ 20__ г.

Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства при прохождении в Лечебно-оздоровительном учреждении «Шато у реки» комплекса медицинских услуг в рамках оздоровительного/санаторно-курортного лечения и/или получении отдельных видов медицинских услуг

Я, _____
(Ф.И.О. пациента)
проживающий (ая)

_____ (домашний адрес пациента)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю согласие на проведение курса оздоровительного/санаторно-курортного лечения либо и/или получения отдельных видов медицинских услуг в лечебно-оздоровительном учреждении «Шато у реки» ООО «Ольгинка», филиал «Шато Спас».

Я даю информированное добровольное согласие на проведение в случае необходимости следующих диагностических процедур и манипуляций:

1. Проведение функциональной диагностики (ЭКГ)
2. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
3. Осмотр, врача (дежурного, лечащего, приглашенных консультантов и т.д.) в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
4. Антропометрические исследования.
5. Термометрия.
6. Тонометрия.
7. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
8. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
9. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
10. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
11. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных), электрокардиография.
12. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.

Я даю информированное добровольное согласие на проведение в случае необходимости по назначению лечащего врача следующих лечебных и (или) оздоровительных процедур и манипуляций:

1. Пероральный прием лекарственных препаратов.
2. Бальнеологические процедуры
3. Зондовое промывание желудка, очистительные и сифонные клизмы, мониторинг очистка кишечника (МОК), ингаляции и т.д.
4. Наложение повязок различного рода
5. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
6. Медицинский массаж.
7. Лечебная физкультура.
8. Физиотерапевтические процедуры.

В случае возникновения во время обследования и лечения непредвиденных осложнений, угрожающих моему здоровью, даю согласие на изменение характера лечения, включая отказ от его выполнения, с последующим информированием об этом.

Мне в доступной форме разъяснены альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа от обследования и лечения. в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения врача мною поняты, возможный риск предстоящего исследования, манипуляции (включая летальный исход) мною осознан.

Я понимаю, что медицинским персоналом будут приниматься все необходимые меры для моего излечения, но никаких гарантий или обещаний относительно результатов лечения не может быть предоставлено.

Я отчетливо осознаю, что в моих интересах сообщить врачу обо всех имеющихся у меня и известных мне проблемах со здоровьем, аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарств, о наличии у меня в прошлом или в настоящее время хронических заболеваний, инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам.

Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, а также сокрытие информации о состоянии моего здоровья может способствовать развитию местных и/или общих осложнений либо даже стать их причиной.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь; которым я разрешаю сообщать любую информацию о состоянии моего здоровья, проводимом обследовании и лечении, его результатах:

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись)

« » _____ 20__ года.

Подпись пациента (законного представителя) _____

« » _____ 20__ года.

Врач(м/с) _____