

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при оказании первичной медико-санитарной помощи и санаторно-курортном лечении в ГАУЗ СО «ОСЦМР «Санаторий «Обуховский»

На основании статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

✓ Я, _____ года рождения
(фамилия, имя, отчество гражданина полностью, год рождения)

✓ Зарегистрированный (ая) по адресу: _____

✓ Фактический адрес проживания _____

✓ Контактный телефон _____ e-mail _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан

✓ Я, _____ год рождения

✓ Паспорт _____ выдан _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

✓ _____
(ф., и., о. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные 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 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи» (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), **для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (нужное зачеркнуть)** в Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области "Областной специализированный центр медицинской реабилитации "Санаторий "Обуховский" ГАУЗ СО "ОСЦМР "Санаторий "Обуховский", ИНН 6633027900, ОГРН 1196658035947 – далее Исполнитель) и/или его структурном подразделении

✓ (нужное подчеркнуть)

1) Санаторий «Обуховский»

2) Филиал санаторий «Нижние Серги»

3) Филиал санаторий «Самоцвет»

4) Филиал санаторий «Курьи»

5) филиал санаторий «Маян»

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество медицинского работника)

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, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 5 мая 2016 г. № 279н «Об утверждении Порядка организации санаторно-курортного лечения я даю информированное добровольное согласие и уполномочиваю медицинский персонал санатория выполнить следующие виды процедур и медицинских вмешательств, которые могут дополнительно потребоваться в ходе санаторно-курортного лечения: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; неинвазивные исследования полости рта; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно; медицинский массаж; лечебная физкультура; физиотерапия, в том числе электролечение, ультрафиолетовая терапия и лекарственный ультрафонофорез, фотолечение, магнитотерапия, водолечение, бальнеотерапия, галотерапия, ингаляционная терапия.

Мне лично в доступной для меня форме были разъяснены цель, характер, ход, методы, возможные варианты, их возможные последствия, объем, а также предполагаемый результат планируемого санаторно-курортного лечения, назначенного в соответствии с имеющимися медицинскими показаниями (противопоказаниями) согласно утвержденным в санатории Стандартам санаторно-курортной помощи.

Я осведомлен(а) и согласен(на), что количество и наименование конкретных процедур определяется лечащим врачом, врачом-физиотерапевтом и/или врачом-специалистом. Мне известно, что во время проведения санаторно-курортного лечения возможно появление обстоятельств, из-за которых может возникнуть необходимость в изменении плана проводимого лечения, предвидеть которые в момент оформления данного документа не представляется возможным. При этом лечащий врач обязан довести до моего сведения новый план лечения. Со мной обсуждены последствия отказа от санаторно-курортного лечения. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от проведения одного или нескольких видов медицинских вмешательств, 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 получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное санаторно-курортное лечение. Я обязуюсь выполнять все рекомендации лечащего врача, сделанные в соответствии с намеченным планом санаторно-курортного лечения. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является строгое соблюдение всех назначений и выполнение плана санаторно-курортного лечения, рекомендованного врачом, в том числе соблюдение принципов и режима диетического питания.

Я поставил(а) медицинского работника Исполнителя в известность обо всех проблемах, связанных со здоровьем моим (представляемого), в том числе об аллергических 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, о имеющихся хронических заболеваниях.

Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я обязуюсь после проведения медицинского вмешательства мне (представляемому) точно выполнять все предписания исполнителя: давать полную информацию о своих жалобах (жалобах представляемого), всех переменах в состоянии здоровья, соблюдать все рекомендации по дальнейшему лечению, питанию, режиму, обследованию.

Я информирован(а) о возможности получения мною бесплатной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Подпись пациента/законного представителя:

✓ _____
Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которых) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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 (нужное зачеркнуть), в том числе после смерти.

✓ _____
(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

✓ _____
(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

✓ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)

Расписался в моем присутствии:

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество медицинского работника, должность)

✓ « _____ » _____ 202 _____ г.