

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____
(Ф.И.О)

в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,
даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Эхокардиография, Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный, Регистрация электрокардиограммы

Я в полной мере проинформирован(а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства.

Я уведомлен(а) и согласен(а) с обработкой и передачей моих персональных данных и персональных данных моего ребенка в объеме и способами указанными в п. 1., 3, ст. 3., ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания мне медицинских услуг.

Я проинформирован(а), что при проведении медицинского вмешательства (диагностического исследования) с целью уточнения наличия, характера и распространенности выявленного патологического процесса или состояния сосудистой системы могут возникнуть медицинские показания к применению дополнительных диагностических методик, в частности, внутривенного введения контрастного вещества, анестезиологического пособия, внутриматочного введения лекарственных средств и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения побочных эффектов и осложнений (аллергических реакция и др.).

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях введения медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

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 (ненужное зачеркнуть)

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

Фамилия, инициалы и подпись пациента: _____

Фамилия и подпись лечащего врача: _____

Примечание: при приеме лиц до 15 лет (детей), обязательно подписывается родителем или иным законными представителем.

ООО "Медсервис" в лице главного врача Тубыловой Н.А, уведомляет Заказчика (Пациента)

до заключения Договора о том, что:

- несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика (пациента);

- Заказчик (Пациент) имеет возможность 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 в медицинских организациях, участвующих в реализации указанной программы. С текстом Программы Вы можете ознакомиться на сайтах <https://www.gosminzdrav.ru>, <http://government.ru>.

(подпись)