

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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 в ООО УНПФ Безлекарственная медицина

Я, _____ « _____ » _____
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) (года рождения)

(зарегистрированный по адресу)

Заполняется на лиц, не достигших 15 лет или на недееспособных граждан

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

(Ф.И.О. ребенка или лица признанного недееспособным, год рождения)

(зарегистрированного по адресу)

даю информированное добровольное согласие на все виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень*, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г. N 390н при получении мной первичной медико-санитарной помощи в **ООО УНПФ Безлекарственная медицина**.

Медицинским работником _____
(Ф.И.О., должность)

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 и частью 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Необходимость других методов обследования и лечения сверх Перечня** мне разъяснена дополнительно. Цели, методы мануальной терапии, рефлексотерапии, гирудотерапии, связанные с ними риски, возможные варианты функциональных реакций, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты применения данных методов медицинской помощи мне разъяснены. Текст информированного согласия, а также приложения 1,2,3,4 мне понятны, неясные для меня термины, фразы либо части текста отсутствуют. Я поставлен(а) в известность, что методы обследования и лечения, обозначенные в Перечне** имеют высокий процент клинического успеха, однако, как любая медицинская манипуляция или прием препаратов метаболической коррекции, являются вмешательством в биологический организм, и существуют патофизиологические обстоятельства, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг при возникновении возможных осложнений во время или после лечения, в том числе: имеется определенный процент (5-10 %) неудач манипуляций при выполнении мануальной терапии (остеопатии), метаболической коррекции, гирудотерапии, рефлексотерапии, что в дальнейшем может потребовать повторного лечения данными методами или изменение стратегии ведения пациента.

Я подтверждаю, что Исполнителем мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора способа дальнейшего медицинского вмешательства согласно поставленному мне диагнозу.

***Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (для ООО УНПФ Безлекарственная медицина):**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация;
3. Термометрия, тонометрия;
4. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).

****Виды медицинских вмешательств ООО УНПФ Безлекарственная медицина сверх Перечня:**

1. Мануальная терапия (остеопатия);
2. Рефлексотерапия;
3. Гирудотерапия.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы в понятной форме.

Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

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 о состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

Мне предоставлена информация о возможности получения аналогичных медицинских услуг в государственных лечебных учреждениях на бесплатной основе в рамках программы ОМС.

Дата « _____ » _____ 20____ г. Подпись пациента/представителя _____

Пациент/представитель расписался в моем присутствии:

Врач _____ / _____
(Ф.И.О. врача, подпись)