



Лицензия МЗ РО № ЛО-61-01-004974 от 11.02.2016 г.,
выдана Министерством здравоохранения Ростовской области,
344029, г. Ростов-на-Дону, ул. 1-й Конной армии, д. 33, тел.: 8-(863)-242-41-09

ООО "Мобильная медицина", 344010, г. Ростов-на-Дону, ул. М.Горького, д.130, 2 этаж,
тел.: 8-(863)-201-50-17, 8-(863)-201-50-19, режим работы: пн.-сб.: 8⁰⁰-19⁰⁰, вс.: 9⁰⁰-15⁰⁰
ИНН/КПП/ОГРН 6163126843/616301001/1126195013229

Приложение № 1
к приказу ООО «Мобильная Медицина»

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Согласно статье 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Приказа Минздрава России от 20.12.2012 N 1177 н, Приказа Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 N 390 н,

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

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

граждан: Я, 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)

- Мне даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

- Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком работы и правилами обслуживания в ООО «Мобильная медицина» и обязуюсь их соблюдать;

- Добровольно даю свое согласие на проведение опроса, в том числе выявления жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию, вагинальное исследование (для женщин), ректальные исследования, антропометрические исследования, термометрию, тонометрию, неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций, исследования нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций, лабораторные методы исследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, серологические, иммунологические, функциональные методы исследования, в том числе ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование ЭКГ, спирографию, пневмотахиметрию, пикфлоуметрию, реоэнцефалографию, электроэнцефалографию, кардиоотографию (для беременных); рентгенологические методы исследования, в том числе флюорографию (для лиц старше 15 лет) и рентгенографию, компьютерную томографию, магниторезонансную томографию, ультразвуковые исследования и доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно; медицинский массаж, лечебную физкультуру. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (лицу мной представляемому) делать во время их проведения;

- Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья; - Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, 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.

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

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам: _____

“ ____ ” _____ 20 ____ года. Подпись пациента/законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (подпись)

(Должность, И.О. Фамилия)

