**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**

Я, дееспособное лицо, достигшее пятнадцатилетнего возраста, настоящим предоставляю ООО «КДФ» (место нахождения: 170001 город Тверь, улица Спартака, дом 42-А, ОГРН 1136952017223, ИНН 6950172866, КПП 695001001, далее – «Медицинская организация») 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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения мной и/или лицом, законным представителем которого я являюсь (Пациент), первичной медико-санитарной помощи в соответствии с условиями договора оказания платных медицинских услуг, стороной которого я являюсь,

|  |  |
| --- | --- |
| № п/п | Вид медицинского вмешательства |
| 1 | Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза |
| 2 | Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование. |
| 3 | Антропометрические исследования (рост, вес, окружность головы и др.). |
| 4 | Термометрия (измерение температуры тела). |
| 5 | Тонометрия (измерение давления). |
| 6 | Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. |
| 7 | Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций |
| 8 | Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). |
| 9 | Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактерио-логические, вирусологические, иммунологические, цитологические, гистологические и др., включая заборы крови, мочи, кала, слюны, пота и прочих биологических жидкостей и тканей |
| 10 | Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спи¬рография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных), УЗИ с вагинальными и ректальными датчиками и др. |
| 11 | Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования, компьютерная томография (КТ), Рентгенологическая и ультразвуковая, денситометрия, Магнито-резонансная томография (МРТ) и другие лучевые методы исследования |
| 12 | Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, в суставы, методом электрофореза и др. |
| 13 | Медицинский массаж и иглотерапия. |
| 14 | Лечебная физкультура. |

Мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

* Я проинформирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах предлагаемого мне медицинского вмешательства, диагностических и лечебных процедур и возможности непреднамеренного причинения вреда моему здоровью при их проведении, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;
* Я понимаю необходимость проведения указанного медицинского вмешательства. Мне полностью ясно, что во время манипуляции (процедуры) или после нее могут развиться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения), на которые я даю согласие моим врачам.
* Я предупрежден(а) 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 уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения и диагностики, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций в процессе оказания мне (представляемому) оказываемого медицинского вмешательства.
* Я извещен(а) 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 ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно- профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;
* Я поставил(а) 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(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
* Я уведомлён о возможности 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;
* Я даю согласие на оказание медицинской помощи на платной основе;
* Я согласен(на) на проведение медицинского вмешательства другими медицинскими работниками в том числе работниками иных Медицинских организаций, с учетом сохранения врачебной тайны.

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. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Настоящее согласие предоставлено мной Медицинской организации на условиях Оферты о заключении договора оказания платных медицинских услуг, размещенной по адресу https://dr-fomin.ru/dokumenty-kliniki/medicinskaya-doc/, в форме электронного документа и является равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью.