

В соответствии с Гражданским Кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012г. №1006) ООО «Клиника доктора Павленко» до заключения договора в доступной форме уведомляет Потребителя (Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, представляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя, а также уведомляет Потребителя (Пациента) о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Договор на оказание платных медицинских услуг

Г.Москва

« ____ » _____ 201__ г.

Пациент (Потребитель) _____

(Ф.И.О. физического лица)

« ____ » _____ года рождения, Паспорт серия _____ № _____ выдан _____

« ____ » _____ года

Адрес регистрации _____

Телефон: +7(____) _____ e-mail: _____

и ООО «Клиника доктора Павленко» (Лицензия Серия ЛО0011881 №ЛО-77-01-010980 от 22 сентября 2015г. действующая бессрочно выд. Департаментом здравоохранения города Москвы (127006, г.Москва, Оружейный переулок, д.43 тел. (499)2518300) на осуществление Медицинской деятельности при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии профилактической, физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), гастроэнтерологии, кардиологии, ортодонтии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, эндокринологии. ОГРН 115774607789), в лице генерального директора Павленко В.В., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующего на основании Устава, далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

Настоящий договор обеспечивает реализацию прав «Пациента» на получение платных медицинских услуг в ООО «Клиника доктора Павленко» в соответствии с ППРФ от 04 октября 2012г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и ФЗ №323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации». «Исполнитель» обязуется предоставить «Пациенту» платные медицинские услуги, а «Пациент» (или законный представитель «Пациента») оплатить их в соответствии с установленными на момент проведения оплаты расценками на оказание платных медицинских услуг «Исполнителя». Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное согласие «Пациента» получить медицинские услуги за плату, наличие медицинских показаний и технической возможности для оказания медицинских услуг.

2. Права и обязанности сторон.

2.1 «Исполнитель» обязуется:

- по желанию и с согласия «Пациента» (или законного представителя «Пациента») при наличии медицинских показаний оказать «Пациенту» платные медицинские услуги;
- поручить лечащему врачу, назначаемому по выбору «Пациента» (или законного представителя «Пациента»), в соответствии с медицинскими показаниями и возможностями, после предварительного собеседования и осмотра «Пациента», установить предварительный диагноз, определить методы и возможные варианты диагностики и лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, информировать об этом «Пациента» (или законного представителя «Пациента») и получить его Информированное добровольное согласие, вместе с «Пациентом» (или законным представителем «Пациента») составить Предварительный план лечения, после чего провести комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с Предварительным планом лечения. Заполнить амбулаторную карту истории болезни;
- при изменении плана лечения и стоимости услуг проинформировать «Пациента» (или законного представителя «Пациента») и предоставить дополнительные услуги с его согласия или расторгнуть Договор по инициативе потребителя при несогласии «Пациента» (или его законного представителя) с рекомендациями врача, несоблюдение которых может повлечь негативные последствия для здоровья «Пациента»;
- поручить лечение врачу _____, кандидатура которого согласована с «Пациентом» (или законным представителем «Пациента»);

- в случаях непредвиденного отсутствия лечащего врача, согласовать с «Пациентом» (или законным представителем «Пациента») кандидатуру заменяющего врача или перенести прием на другое время по согласованию с «Пациентом» (или законным представителем «Пациента»);
- ознакомить «Пациента» (или законного представителя «Пациента») с установленными в клинике расценками;
- рекомендовать «Пациенту» установить наличие противопоказаний к медицинскому вмешательству до начала оказания отдельных услуг;
- в случае несовместимости заболеваний у «Пациента», о которых не было известно при подписании Договора, поставив в известность «Пациента» (или законного представителя «Пациента») о наличии таковых и предложить методы дальнейшей диагностики и лечения с учетом имеющихся у «Пациента» противопоказаний;
- знакомить «Пациента» (или законного представителя «Пациента») непосредственно с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и по его просьбе давать по ней соответствующие консультации;
- в течении трех дней с момента требования предоставить «Пациенту», его поверенному или законному представителю заверенные копии требуемых документов, выписки из истории болезни (амбулаторной карты), касающихся состояния здоровья «Пациента» и исполнения настоящего Договора;
- предоставить «Пациенту» (или законному представителю «Пациента») на подпись акт о выполненных работах по факту оказания медицинской услуги.

2.2 «Исполнитель» имеет право:

- изменять по медицинским показаниям и экономическим причинам предварительный план, вид, объем, сроки и стоимость платных медицинских услуг;
- направлять «Пациента» с его согласия (или законного представителя «Пациента») в другие медицинские организации или привлекать для консультаций и лечения специалистов из них для проведения дополнительных медицинских услуг, которые осуществляются за отдельную плату;
- расторгнуть данный Договор по инициативе потребителя при несогласии «Пациента» (законного представителя «Пациента») с предложенным «Исполнителем» планом лечения, его стоимостью, внесенными «Исполнителем» в план лечения изменениями по содержанию, срокам и стоимости медицинских услуг, при невозможности оказать в данном клиническом случае необходимую «Пациенту» медицинскую услугу;
- в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема «Исполнитель» вправе направить «Пациента» (с его согласия или согласия законного представителя «Пациента») к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации, или увеличить сроки оказания услуг;
- отсрочить или отменить оказание услуги (в том числе в день назначения) и изменить сроки оказания услуг в случае обнаружения у «Пациента» медицинских противопоказаний, по общему состоянию здоровья.
- отказаться от исполнения Договора в любое время, предупредив об этом «Пациента» (или законного представителя «Пациента») не менее чем за три дня до выхода из Договора, возвратив «Пациенту» (или законному представителю «Пациента») часть установленной цены, пропорционально части не оказанных услуг, ранее оплаченных пациентом (авансовый платеж, если таковой вносился);

2.3 «Пациент» (или законный представитель «Пациента») обязуется:

- выполнить требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: выполнить устные и указанные в Памятке пациента рекомендации и назначения лечащего врача;
- соблюдать график визитов и диагностики, лечения и плановых осмотров;
- подписывать Информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг, Предварительный план лечения, подписать акт выполненных работ по факту оказания медицинской услуги и иные Приложения к настоящему Договору;
- во время действия настоящего Договора не использовать препараты, назначенные специалистами других лечебных учреждений и не получать медицинские услуги в других клиниках без предварительного уведомления «Исполнителя» (за исключением экстренной медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях);
- посещать клинику «Исполнителя» не реже 1 раза в 6 месяцев для планового профилактического осмотра.
- в случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения «Пациента», с проведенными Исполнителем медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору «Исполнителя», и, в случае необходимости, прибыть на консультацию и лечение к «Исполнителю»;
- производить оплату лечения в соответствии с принятой в клинике системой расценок по окончании каждого приема. В случае необходимости индивидуальный график оплаты лечения согласовывается с лечащим врачом и «Исполнителем»;
- при отказе от продолжения лечения у «Исполнителя», «Пациент» (или законный представитель «Пациента») обязан письменно уведомить об этом и расторгнуть Договор, предварительно оплатив оказанные услуги и все фактически понесенные «Исполнителем» затраты по Договору;
- предоставлять лечащему врачу полную информацию и документы (копии документов), касающиеся состояния его здоровья, которыми он располагает на момент заключения настоящего Договора и в течение его действия, если эта информация и документы могут повлиять на качество оказания медицинских услуг;
- до назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на протекание или лечение заболевания.
- при первой возможности информировать специалистов (врачей) Медицинского центра о невыполнении сделанных ими назначений и причинах этого;
- при прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия;
- отказаться на весь курс лечения от употребления наркотиков и лекарств их содержащих, психотропных препаратов, алкоголь содержащих напитков;

- согласовать с лечащим врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т.д.
 - в случае отказа от услуг, которые, по мнению врачей Медицинского центра, могут уменьшить или снять опасность для здоровья «Пациента», дать соответствующую расписку об отказе от медицинского вмешательства;
 - в случае окончательного отказа от медицинских услуг (части услуг) Медицинского центра известить «Исполнителя» об этом в письменной форме;
 - подписать акт выполненных работ по факту оказания медицинской услуги;
- 2.4 «Пациент» (или законный представитель «Пациента») имеет право:
- после предварительного собеседования и осмотра получить информацию о поставленном диагнозе, о методах и возможных вариантах диагностики и лечения, о последствиях лечения и предполагаемых результатах, степени риска лечения и возможных осложнениях;
 - получать информацию о состоянии своего здоровья в ходе лечения, о результатах оказания медицинских услуг, о действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях;
 - получать выписку из своей медицинской документации, описание и копии результатов обследований;
 - ознакомиться с лицензией «Исполнителя» и сертификатами персонала на право оказания специализированной медицинской помощи.
 - выбрать лечащего врача из штата «Исполнителя».
 - на замену лечащего врача в ходе проведения лечебно-диагностических мероприятий.
 - отказаться от услуг «Исполнителя» посредством предоставления письменного отказа от лечения при условии полной оплаты выполненных по Договору платных медицинских услуг и всех понесенных Исполнителем затрат по договору;

3. Оплата и срок действия договора.

3.1 Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и заканчивается выполнением Сторонами обязательств по Договору или после его расторжения в соответствии с условиями Договора или законами РФ.

3.2 Срок оказания услуг зависит от состояния здоровья «Пациента», периода, необходимого для качественного и безопасного оказания услуг, графика визитов Пациента, расписания врача и указывается в приложениях к Договору – Предварительном плане (планах) лечения.

3.3 Подписывая Договор, «Пациент» (законный представитель «Пациента») подтверждает, что предварительно ознакомился с перечнем и стоимостью оказываемых услуг, правилами, порядками, условиями, формами оказания медицинских услуг и их оплаты.

3.4 Сумма оплаты определяется после консультации «Пациента» у врача согласно плану лечения и прейскуранту цен. Если «Пациент» (или законный представитель «Пациента») отказывается от лечения по причинам не связанным с нарушением «Исполнителем» обязательств по данному Договору, и не в связи с обстоятельствами непреодолимой силы после начала лечения, то «Исполнитель» возвращает оплаченную сумму за вычетом стоимости проведенных лечебных работ.

3.5 Если «Пациент» (или законный представитель «Пациента»), несмотря на своевременное и обоснованное информирование «Исполнителем», в разумный срок не изменит указаний о способе выполнения работы (оказания услуги) либо не устранил иных обстоятельств, которые могут снизить качество выполняемой работы (оказываемой услуги), «Исполнитель» вправе отказаться от исполнения настоящего Договора и потребовать полного возмещения убытков.

3.6 «Пациент» (или законный представитель «Пациента») по своему желанию может осуществить предоплату после определения плана лечения. Окончательный расчет и оплата производится по окончании оказанных услуг после принятия результата работы «Пациентом» (или законным представителем «Пациента»), о чем составляется акт приемки сдачи работ.

3.7 В случае изменения стоимости оказываемых «Исполнителем» платных медицинских услуг по прайсу в процессе лечения делается перерасчет по предварительному плану лечения с учетом этих изменений. Гарантия сохранения стоимости услуг по плану лечения сохраняется только при внесении предоплаты за предполагаемые по плану лечения услуги.

3.8 При досрочном расторжении Договора «Исполнитель» возвращает аванс, если таковой был «Пациенту» (законному представителю «Пациента») в течение 10 рабочих дней с момента расторжения Договора с учетом оплаты фактически оказанных услуг и всех понесенных «Исполнителем» затрат.

3.9 Оплата услуг производится всеми способами, не запрещенными законодательством РФ. Исполнитель обязан выдать на руки «Пациенту» (или законному представителю «Пациента») чек контрольно-кассовой техники.

3.10 Неявку «Пациента» в назначенный день и время без предупреждения, если данный факт может привести к неблагоприятному исходу, связанному со здоровьем «Пациента» и «Пациент» (или законный представитель «Пациента») был об этом предупрежден, «Исполнитель» расценивает как одностороннее расторжение Договора со стороны «Пациента» (или законного представителя «Пациента»).

3.11 По факту выполнения работ (оказания услуг) оформляется акт о выполненных работах по факту оказания медицинской услуги, который подписывается Сторонами и является неотъемлемой частью настоящего Договора.

4. Форс-мажорные обстоятельства.

При выполнении условий настоящего Договора «Пациент» (или законный представитель «Пациента») и «Исполнитель» считают себя обязанными учитывать форс-мажорные обстоятельства, такие как ухудшение здоровья пациента, лечащего врача, отключение электроэнергии, отопления, водоснабжения, пожар, действие или бездействие органов власти и т.д. При наступлении форс-мажорных обстоятельств, стороны информируют друг друга об этом, а обязательства сторон соразмерно отодвигаются на время действия непредвиденных обстоятельств.

5. Ответственность сторон.

5.1 За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с текущим разделом настоящего Договора. В случаях, неурегулированных данным разделом, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2 В случае неблагоприятного исхода лечения в связи: с нарушением врачебных рекомендаций и режима лечения; с возникновением предполагаемых осложнений; при наступлении результата лечения по причинам, возможность возникновения которых была указана и согласована с «Пациентом» (законным представителем «Пациента») при получении Информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг и иных приложений к настоящему Договору, предъявления претензий «Пациента» (его законного представителя) по качеству оказания медицинских услуг после вмешательства самого «Пациента» или специалиста другой клиники или после получения в другой клинике медицинских услуг, способных прямо или косвенно повлиять на качество лечения заболевания согласно поставленному диагнозу «Исполнитель» ответственности не несет.

5.3 «Исполнитель» несет ответственность перед «Пациентом» (или законным представителем «Пациента») за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, допущенными на территории РФ, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни «Пациента», в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.4 «Исполнитель» несет ответственность перед «Пациентом» и гарантирует сохранение врачебной тайны в соответствии с законодательством Российской Федерации

5.5 Невыполнение рекомендаций и назначений врача, появление в клинике «Исполнителя» в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также нарушение «Пациентом» (законным представителем «Пациента») обязательств, предусмотренных пунктами настоящего Договора, являются основанием для расторжения договора по инициативе потребителя и прекращения гарантийных обязательств по всем ранее оказанным «Исполнителем» платным медицинским услугам, если данные действия «Пациента» могут стать причиной наступления факторов, препятствующих оказанию безопасной и качественной медицинской помощи и снизить качество ранее оказанных услуг.

5.6 «Исполнитель» не несет ответственность за вред, причиненный здоровью «Пациента», возникший в результате:

- неявки или несвоевременной явки на прием или контрольный осмотр;
 - досрочного расторжения договора по инициативе «Пациента» (или законного представителя «Пациента»);
 - прекращение лечения «Пациентом» при условии невыполнения плана лечения, отказа «Пациента» (или законного представителя «Пациента») от продолжения лечения в соответствии с согласованным планом;
 - не сообщения или сообщения недостоверных сведений о состоянии своего здоровья при заполнении амбулаторной карты;
- 5.4 «Исполнитель» несет ответственность за предоставление «Пациенту» (или законному представителю «Пациента») полной и достоверной информации в ходе проведения процедур, о медицинских препаратах и материалах, используемых при оказании услуг; заключения и выписки с указанием проведенных исследований, лечебных работ и медицинских рекомендаций.

5.5 «Исполнитель» несет ответственность перед «Пациентом» и гарантирует сохранение врачебной тайны в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6. Порядок разрешения споров.

6.1 Понимая субъективность оценки результата оказания медицинских услуг, в случае возникновения разногласий по вопросу качества оказанных услуг, стороны договорились проводить оценку результатов оказанных услуг путем оценки результатов на совместном заседании «Пациента» («Пациента» и законного представителя «Пациента») и Врачебной Комиссии «Исполнителя», в том числе с привлечением сторонних специалистов. Все претензии Стороны оформляют в письменном виде.

6.2 Претензионный порядок рассмотрения споров обязателен. При не достижении согласия сторон в досудебном порядке, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ в суде по месту нахождения «Исполнителя». Рассмотрение претензии врачебной комиссией является обязательным условием порядка рассмотрения споров.

7. Гарантия на выполненные работы.

В безусловном, обязательном порядке «Исполнитель» гарантирует:

- предоставление полной, достоверной и доступной по форме информации о состоянии здоровья пациента (с учетом их права и желания получать таковую по доброй воле);
- проведение консультации и консилиума специалистами нашей клиники (как по медицинским показаниям, так и по требованию пациента);
- проведение лечения специалистами, имеющими дипломы, сертификаты, подтверждающие их право на осуществление данного вида медицинской помощи;
- учет показателей общего здоровья пациента при осуществлении диагностических, лечебных и профилактических мероприятий врачами «Исполнителя»;
- составление рекомендуемого (предлагаемого) плана лечения;
- использование методов и технологий лечения, применяемых в Медицинском центре «Исполнителя», в соответствии со стандартами;
- индивидуальный подбор анестетиков, лекарственных препаратов, что позволяет в максимальной степени исключить болевые ощущения, учитывая при этом возраст пациента, его аллергический статус, показатели общего здоровья и опыт лечения;
- безопасность лечения обеспечивается комплексом санитарно-эпидемиологических мероприятий и использований разрешенных к применению технологий и материалов;
- точную диагностику, достигаемую благодаря наличию должного профессионального уровня специалистов, современных диагностических средств и данных дополнительных обследований;

- тщательное соблюдение технологий лечения, благодаря высокопрофессиональной подготовки врачей, медсестер, администраторов, а также специальные средства контроля их работы;
- применение технологически безопасных, разрешенных Минздравом РФ материалов, не утративших сроков годности;
- проведение контрольных осмотров – по показаниям после сложного лечения или при необходимости упреждения нежелательных последствий;
- проведение профилактических осмотров с частотой, определяемых врачом;
- динамический контроль процесса и результатов лечения;
- мероприятия по устранению или снижению степени осложнений, которые могут возникнуть в процессе или после лечения;
- определение риска повторения или обострения выявленных заболеваний;
- достижение показателей качества лечения и результатов с учетом имеющихся в медицине стандартов, пожеланий пациента и объективных обстоятельств, выявленных врачом.

8. Обработка персональных данных.

8.1 Подписывая настоящий Договор, «Пациент» (законный представитель «Пациента»), в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», дает свое согласие на обработку персоналом ООО «Клиника доктора Павленко» своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, вид и реквизиты документа, удостоверяющего личность, контактные телефоны и адреса электронной почты, данные о состоянии здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в целях уведомления о времени и дате назначенного приема, об услугах и акциях по электронной почте, сотовой связи посредством телефонных звонков и СМС.

8.2 Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

8.3 Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано в письменном виде – заказным письмом. В случае отзыва настоящего согласия до окончания срока его действия, «Пациент» (или законный представитель «Пациента») предупрежден о возможных последствиях прекращения обработки персональных данных «Пациента». В случае отзыва согласия на обработку персональных данных «Исполнитель» имеет право продолжить их обработку при наличии оснований, указанных в законодательстве РФ.

9. Прочие условия.

9.1 Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

9.2 Подписывая настоящий Договор, я, «Пациент» (законный представитель «Пациента»), подтверждаю, что Договор и Приложение мной прочитаны, все без исключения положения мне понятны и со всеми без исключения положениями я согласен. Подписывая данный Договор, «Пациент» (законный представитель «Пациента») подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, ознакомлен и согласен с правилами оказания медицинских услуг, их перечнем, сроками их оказания и стоимостью.

9.3 Договор составлен в двух экземплярах, по одному для «Пациента» (законного представителя «Пациента») и «Исполнителя».

9.4 Стороны признают факсимильно воспроизведенные подписи и печати подлинными и имеющими одинаковую силу с оригинальными.

10. Реквизиты и подписи сторон.

«Исполнитель»
 ООО «Клиника доктора Павленко»
 РФ 111674 г. Москва, ул. 2-я Вольская д.3
 ИНН/КПП 7721283164/772101001;
 р/с 40702810402110000124 в АО «АЛЬФА-БАНК»
 (ИНН 7728168971 ОГРН 1027700067328; БИК 044525593;
 к/с 30101810200000000593 в ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО)
 Фактический адрес: РФ 111674 г. Москва, ул. 2-я Вольская д.3
 Т. 495 7487228
 Генеральный директор ООО «Клиника доктора Павленко»

«Пациент» (или законный представитель «Пациента»)

Подпись _____

ФИО _____

_____ Павленко В.В.

Информированное добровольное согласие

На выполнение диагностических исследований, лечебных мероприятий, анестезиологического пособия и операций

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст.ст. 30,31,33 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года №5487-1, сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении, и я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, находясь на лечении в ООО «Клиника доктора Павленко», по моему добровольному желанию прошу провести мне все необходимые диагностические исследования и мероприятия, лечебные манипуляции и процедуры, а при необходимости - анестезиологическое пособие и операции, связанные с лечением моего заболевания.

Я получил(а) от моего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении. Врач внимательно осмотрел меня, разъяснил преимущества и сложности предполагаемого метода лечения, обследования.

Я информирован(а) о характере предстоящего вмешательства и возможном развитии неприятных ощущений и осложнений.

Я понимаю, что в ходе выполнения медицинских действий может возникнуть необходимость осуществления других медицинских вмешательств, исследований или операций. Я доверяю врачам принимать необходимые в этих случаях решения в соответствии с их профессиональными суждениями и выполнять любые медицинские действия, которые врачи сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Я понимаю, что если в курсе лечения возникает непредвиденная ситуация, исключающая возможность согласования со мной врачебных манипуляций и иных действий, врач вправе действовать самостоятельно, исходя из интересов сохранения здоровья и причинения наименьшего вреда.

Я проинформирован(а) об альтернативных планируемому виду методах лечения и о преимуществах данного вида. Я также ознакомлен(а) с планом предполагаемого лечения и действием лекарственных препаратов, с возможным изменением терапии в случае непереносимости мной тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния моего здоровья, требующего изменения тактики его лечения.

Врач разъяснил мне, что сроки лечения, реабилитации и окончательный результат лечения зависят от индивидуальных особенностей и состояния конкретного организма.

Я проинформирован(а) о возможности получения лечения в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Я также ознакомлен(а) с планом предлагаемого мне терапевтического лечения и действием лекарственных препаратов, с возможным изменением терапии в случае непереносимости мною тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния моего здоровья, требующего изменения тактики лечения.

Мне известно, что во время терапевтического (хирургического) лечения могут быть выявлены заболевания или их особые формы, которые потребуют изменения объема медицинского вмешательства, на что я даю свое добровольное согласие.

Мне было сообщено, в ходе лечения будет применена анестезия, выбор которой производится лечащим врачом при моем согласии. Применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится с помощью иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне объяснены возможные последствия отказа от предлагаемого лечения, включая осложнения.

Я предупрежден(а) о том, что во время операции и/или после нее могут возникнуть осложнения, связанные с хирургическим вмешательством.

Мне объяснены возможные последствия отказа от предлагаемого лечения, включая осложнения.

Мне сообщили, что курение, злоупотребление алкоголем, употребление наркотических средств может оказать негативное влияние на процесс и результат лечения.

Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением заболевания и последующего реабилитационного периода и получены исчерпывающие ответы на них.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом и понимаю, что его подписание влечет правовые последствия.

Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Пациент(или законный представитель «Пациента»): _____ / _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Беседу провел врач: _____ / _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Дата: « _____ » _____ 201__ г.