

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

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь, в ООО МЕДИК".

В 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 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Мне понятно, что консультации с применением телемедицинских технологий осуществляются в целях:

- профилактики, сбора, анализа моих жалоб и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием моего здоровья;
- принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации);
- при проведении консультаций с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного лечения при условии установления им диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации).
- дистанционное наблюдение за состоянием моего здоровья назначается лечащим врачом после очного приема (осмотра, консультации).

Я осознаю, что в результате телемедицинской консультации лечащий врач может прийти к выводу о необходимости очного приема (осмотра, консультации).

Я понимаю, что постановка диагноза на телемедицинской консультации невозможна, а коррекция ранее назначенного лечения возможна при условии установления диагноза и назначения лечения на очном приеме.

Мне полностью ясно, что по результатам выполнения рекомендаций после консультации могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения).

Мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне заболеваниях, травмах, операциях, в том числе носительстве ВИЧ инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсичных средств.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Я согласен, что при несоблюдении назначений и рекомендаций лечащий врач не несет ответственности за результаты моего лечения.

Я уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я согласен, что в случае ухудшения самочувствия, при появлении первых признаков осложнений на фоне проводимого лечения я должен незамедлительно обратиться к лечащему врачу или заведующему отделением.

Мне известно, что соответствующие виды и объемы медицинской помощи возможно получить без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи при личном (очном) обращении в медицинские организации, включенных в выполнение программы обязательного медицинского страхования (бюджетные (государственные) медицинские организации).