**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

1. Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. *(фамилия, имя, отчество - полностью)*
3. «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. **даю информированное добровольное согласие** Филиалу компании с ограниченной ответственностью «Хадасса Медикал ЛТД» (далее – Филиал) 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 первичной медико-санитарной помощи в **Филиале,** в том числе:
5. 1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
6. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
7. 3. Антропометрические исследования.
8. 4. Термометрия.
9. 5. Тонометрия.
10. 6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
11. 7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
12. 8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
13. 9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
14. 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
15. 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.
16. 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
17. 13. Медицинский массаж.
18. 14. Лечебная физкультура.
19. **Я подтверждаю, что** 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, в т.ч. возможных осложнений от вакцинации, также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.
20. **Мне разъяснено**, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных вПеречень, 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", при этом одновременно мне разъяснены возможные последствия отказа от медицинского вмешательства.
21. **Я подтверждаю**, что мне была предоставлена возможность обсудить с медицинским работником, проводящим процедуру, все интересующие и непонятные мне вопросы.
22. **Я осознаю**, что нарушение врачебных рекомендаций, а также представленная мною неполная или некомпетентная информация о наличии у меня сопутствующих заболеваний, состояний, синдромов, отсутствии/наличии беременности, а так же перенесенных ранее и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, болезнях, аллергических реакциях, непереносимости лекарственных препаратов, принимаемых лекарственных средствах, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов, и других факторах, способных оказать негативное влияние, как на результаты предлагаемого мне медицинского вмешательства, так и лечения в целом, может способствовать развитию местных и/или общих осложнений или даже стань их причиной.
23. **Я извещён(а)** о том, что медицинский работник не несёт ответственность за причинение вреда моему здоровью в результате нарушения мною правил поведения пациента при проведении медицинского вмешательства, техники безопасности, отказа от медицинского вмешательства, а также требований медицинского работника при проведении медицинского вмешательства.
24. **Я признаю** право медицинского работника прервать проведение медицинского вмешательства в случае, если в ходе обследования будет выявлена невозможность продолжения процедуры по физиологическим или анатомическим причинам, а также в связи с иными факторами, которые могут повлечь за собой осложнения или другие негативные последствия для пациента.
25. **Я осведомлен**, что при проведении некоторых медицинских вмешательств, в том числе высокорисковых процедур, может потребоваться подписание специального информированного согласия или отказа от него, о чем я буду заранее предупрежден медицинским работником.
26. **Я удостоверяю**, что текст моего информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.
27. **Я подтверждаю**, что я получаю платные медицинские услуги добровольно, в то время как я рассмотрел(а) различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и/или на бесплатной основе (если применимо).
28. **Я проинформирован(а) о том**, что процедура проведения медицинского вмешательства **может быть болезненной**, что зависит от индивидуального порога чувствительности пациента.
29. **Я предупрежден и осознаю**, что отказ от предлагаемых медицинских вмешательств, несоблюдение лечебно-охранительного режима, диеты, режима приема лекарственных препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение, а также сокрытие информации о состоянии моего здоровья могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья, в том числе привести к летальному исходу.
30. **Я утверждаю**, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения врачей мною поняты и осознаны.
31. **Я ознакомлен(а) и согласен(а)** со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и мне понятны.

**Я даю свое согласие на разглашение (предоставление) сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе предоставление (передачу) медицинской документации, право присутствовать на приеме, информацию о состоянии моего здоровья, диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иных сведений в том числе после смерти, следующими лицам: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(ФИО, дата рождения, тел)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО, дата рождения, тел)

***Пациент* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(ФИО полностью, подпись)*

***Дата «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.***

*Я подтверждаю, что я устно разъяснил(а) пациенту все сказанное выше с необходимыми подробностями и что он/она подписал(а) данный документ в моем присутствии после того, как я убедился(лась), что объяснение ему(ей) полностью понятно.*

***Медицинский работник*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(ФИО полностью, подпись)*

**Дата «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.**