

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство,
объем и условия оказываемых платных медицинских услуг**

Я, _____ проживающий по адресу: _____

Паспорт: серия _____ номер _____ кем и когда выдан _____

Желаю получить платные медицинские услуги в Клинике Доктор Проф ИП Богданова Д.В. 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. N 390н (далее - Перечень), для получения в Клинике **первичной и специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях**: 1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, ректальное исследование. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно; 8. Ректороманоскопия; 9. Аноскопия.

Медицинским работником: _____ 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

-Мне, согласно моей воле, дали полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания.

-Я согласен на проведение контрольных фотоснимков до, в процессе и после лечения для сравнительной оценки результатов, на возможное использование Исполнителем или его сотрудниками данных, полученных при обследовании и лечении пациента, в том числе – слайдов, фотографий, видео, отзывов, мнения и т.д., для изучения другими специалистами, для научных целей в публикациях, на врачебных обществах, сайте, социальных сетях клиники в интернет и т.д. при строгом условии: анонимности, без указания ФИО.

Дополнительная информация:

- я извещен(а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты, другие методы лечения, немедленно сообщить врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом приемы любых, не прописанных лекарств;
- я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинских препаратов и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
- я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе, о хронических заболеваниях, об аллергических проявлениях и индивидуальной непереносимости лекарственных средств, обо всех перенесенных мной (представляемым) и известных 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, также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья _____; e-mail для сообщений _____

_____ (подпись, Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

Врач _____ (должность) / _____ (Ф.И.О.)

Подпись пациента сделана в присутствии: Врач, должность, ФИО, подпись. «__» _____ 2025 г.