Приложение №2 к Договору№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым
«Республиканская детская клиническая больница»

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
ПАЦИЕНТА НА ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ**

**Я, законный представитель пациента** (отец, мать, опекун, попечитель)

|  |
| --- |
| (подчеркнуть) |
|  |

(Ф.И.О. законного представителя полностью)

Проживающий (ая) по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № , выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата выдачи, кем выдан)

|  |
| --- |
| Заполняется на детей старше 15 лет |
| Я, пациент (для детей старше 15 лет) |  |  |
|  | (Ф.И.О. полностью) |  |
| Проживающий (ая) по адресу: |  |  |
|  | (адрес регистрации) |  |
| паспорт: |  | № |  | выдан |  |  |
|  (серия) |  | (дата выдачи, наименование выдавшего органа) |  |

в соответствии со статьей 20 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11 2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

**даю добровольное согласие на проведение мне (представляемому) в случае необходимости**

**диагностических процедур и манипуляций, проводимых в ГБУЗ РК «Республиканская детская**

**клиническая больница»:**

* медицинская консультация (опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза);
* осмотр врача (дежурного, лечащего, врача-специалиста и т.д.);
* анализы крови, мочи, кала, и других сред (общеклинические, биохимические, бактериологические, иммунологические и т.д.);
* исследование крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы;
* все виды эндоскопических исследований (бронхоскопия, цистоскопия, ЭФГДС, колоноскопия и т.д.);
* все виды лучевой, ультразвуковой, магнитно-резонансной диагностики;
* функциональные исследования (ЭКГ, ЭЭГ, ФВД и т.д.);
* инвазивные диагностические манипуляции (пункции, биопсии, дренирования и т.д.),
* пероральный прием лекарственных препаратов, ректальное введение лекарственных препаратов;
* парентеральное введение лекарственных препаратов (подкожные, внутримышечные и внутривенные инъекции, внутривенные вливания, ингаляции и т.д.)
* физиотерапевтические процедуры;
* гипо-, гипербарическую оксигенацию;
* экстракорпоральные методы детоксикации (гемодиализ, гемосорбция, плазмаферез и т.д.),
* зондовое промывание желудка, очистительные и сифонные клизмы и т.д.
* наложение повязок различного рода.

Я даю добровольное согласие на проведение мне (представляемому) в случае необходимости оперативного вмешательства, анестезиологического пособия, гемотрансфузии при условии дополнительного информирования об этом.

**В случае возникновения во время обследования и лечения (в том числе в ходе операции) непредвиденных осложнений, угрожающих моему здоровью (представляемому), я даю согласие на изменение характера лечения (в том числе объема оперативного вмешательства), проведение срочных диагностических, лечебных и организационных мероприятий, направленных на немедленное устранение всех болезненных состояний независимо от степени их тяжести и угрозы жизни, предусмотренные утвержденными стандартами оказания медицинской помощи, действующими на территории Российской Федерации.**

* Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого).
* Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном медицинском учреждении и обязуюсь их соблюдать.
* Я могу отказаться от пребывания в стационаре, обследования и лечения в любой момент, даже после подписания информированного согласия.
* Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения от медицинского персонала мною поняты, возможный риск предстоящего исследования манипуляции, операции (включая летальный исход) мною осознан.
* Я понимаю, что медицинским персоналом будут приниматься все необходимые меры для моего (представляемого) излечения, но никаких гарантий или обещаний относительно результатов лечения не может быть представлено.
* Я понимаю, что мне может быть дана информация о том, кто именно будет выполнять исследование, манипуляцию, операцию, однако мне гарантируется, что данное лицо имеет соответствующую квалификацию и опыт, предусмотренных положениями действующего законодательства Российской Федерации.
* Я согласен (согласна) на осмотр меня (представляемого) другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях, с учетом сохранения врачебной тайны.
* Я извещен (извещена) 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 знаю, что в моих интересах сообщить медицинскому работнику обо всех имеющихся у меня (представляемого) и известных мне проблемах со здоровьем, аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарств, о наличии у меня (представляемого) в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ- инфекции), правдивые сведения о наследственности, а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам и/или токсическим веществам.
* Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, а также сокрытие информации о состоянии моего (представляемого) здоровья может способствовать развитию местных и/или общих осложнений или даже стать их причиной.
* Я, получив от сотрудников полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.
* Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение не гарантирует 100% результат и что при проведении операции и после нее, как в ближайшем будущем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.
* Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, не несет ответственности за их возникновение.
* Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.
* Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.
* Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Крым «Республиканская детская клиническая больница»

Я ознакомлен (а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен (а) с ними.

Принял осознанное решение и собственноручно подписался

**Подпись пациента (законного представителя) / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ф.И.О. пациента (законного представителя)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Врач |  | / |  |  | «\_\_\_\_\_» |  | 20\_\_\_г. |
|  | Подпись | Ф.И.О. |  |  |  |