**ИДС I**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

**НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ в ООО «Центр аллергии и астмы «ПАРАЦЕЛЬС»**

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (статья 20) я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, обратившись за медицинской помощью в ООО «Центр аллергии и астмы «ПАРАЦЕЛЬС», заверяю, что делаю это без принуждения и даю согласие на весь срок оказания мне медицинской помощи на следующие медицинские вмешательства:

А) диагностические:

- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза (истории) заболевания и анамнеза (истории) жизни,

- осмотр, включая пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, отоскопию, непрямую ларингоскопию, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование, антропометрию (измерение веса, роста, окружности головы, груди, талии), термометрию (измерение температуры тела), тонометрию (измерение артериального давления), исследование чувствительности и рефлексов, чувства равновесия, двигательных функций, неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций (в т.ч. определение шепотной речи, исследование с камертоном, аудио- и тимпанометрию),

- ультразвуковые, допплерографические и функциональные методы исследования (в т.ч. ЭКГ, ФВД методами пикфлоуметрии, пневмотахометрии, спирографии),

- лабораторные методы исследования (в том числе клинические, биохимические, иммунологические, микробиологические (бактериологические, микологические), вирусологические), с проведением забора необходимого биоматериала – крови из пальца, крови из вены, мочи, кала, мазков и соскобов с кожи и слизистых оболочек,

Б) лечебные и лечебно-диагностические:

- введение лекарственных препаратов по назначению лечащего врача (в т.ч. ингаляционно, подкожно, внутрикожно, внутримышечно, внутривенно струйно или капельно, интраназально, в ухо, в глотку, в гортань, интравагинально),

- лечебные процедуры при заболеваниях уха, горла, носа, проводимые без повреждения кожных покровов и слизистых (в т.ч. остановку кровотечения, промывания, продувания),

- медицинский массаж,

- мануальную терапию,

- рефлексотерапию (в т.ч. акупрессуру, акупунктуру, фармакопунктуру, Су Джок и иные методики),

- косметологические процедуры.

Со своей стороны я поставил(а) врача в известность обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе обо всех мне известных перенесенных ранее заболеваниях/травмах/операциях, о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, о непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, курении, высказал(а) все жалобы.

Мне разъяснены и понятны цели, методы оказания медицинской помощи, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, связанный с ними риск, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Я подтверждаю, что после объяснений у меня была возможность задать врачу дополнительные вопросы и спокойно обдумать сообщенные сведения, посоветоваться с родственниками. Я чувствую себя достаточно информированным (информированной) и даю свое согласие без какого-либо внешнего давления.

Я полностью понимаю важность выполнения рекомендаций медицинских работников в отношении подготовки к медицинским вмешательствам, режима, питания, лечения для достижения ожидаемых результатов оказания медицинской помощи, а также то, что их нарушение может вести к снижению достоверности диагностики и к снижению результата лечения.

Я самостоятельно использую свое право на выбор платного оказания услуг при получении медицинской помощи на добровольной основе, в рамках договора оказания платных медицинских услуг. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также в любое время я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных медицинских вмешательств 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».

Я согласен (согласна) на информирование о моем состоянии здоровья следующих лиц:

- меня;

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О., год рождения, по желанию - степень родства, контактная информация)

При оказании мне медицинской помощи может присутствовать:

(Ф.И.О., год рождения, контактный телефон лица, которому предоставляется право присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи)

Я не возражаю против того, что моя медицинская карта будет вестись в бумажном и электронном варианте.

Я информирован(а) о том, что моя медицинская и персональная информация является конфиденциальной в соответствии с 323-ФЗ и 152-ФЗ, и мне подтверждена гарантия конфиденциальности сведений, касающихся моего здоровья. Я даю Центру согласие на обработку моей персональной информации и разрешаю предоставлять мою медицинскую и персональную информацию в целях ведения электронной формы медицинской документации (в т.ч. в лабораториях–партнерах Центра), проведения экспертизы качества оказанной мне медицинской помощи, согласования объемов услуг и их оплаты Страховщиком (при оказании услуг в рамках договора ДМС).

С Правилами внутреннего распорядка для пациентов и посетителей ознакомлен(а).

«\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

(дата оформления)

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

(подпись и Ф.И.О. пациента)

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

(подпись и Ф.И.О. медицинского работника, уполномоченного руководителем Центра)