

Приложение к договору

Приложение № 2

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 12 ноября 2021 года № 1051н

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, Данилин Алексей Андреевич

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

21.03.2005 г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

обл. Ульяновская, г. Димитровград, ул. Сенная, д. 28

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

«___» _____ г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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 РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «МЕДИЦИНСКО-ПРАВОВАЯ КОМПАНИЯ» (ООО «МПК»).

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

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 РФ».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

Никому

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

(дата оформления)

Информированное добровольное согласие на проведении консультаций с применением телемедицинских технологий

Я, правоспособное и дееспособное физическое лицо, достигшее возраста 15 лет, настоящим даю информированное добровольное согласие на оказание мне медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (проведение консультаций с применением телемедицинских технологий) в Обществе с ограниченной ответственностью «МЕДИЦИНСКО-ПРАВОВАЯ КОМПАНИЯ» (ООО «МПК»): Россия, 644024, Омская область, г. Омск, ул. Т.К. Щербанева, д. 25, оф. 204, ОГРН 1105543037082, ИНН 5505209691; Лицензия на осуществление медицинской деятельности Л041-01148-78/00589293 от 10.06.2020г., выданная Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения.

Подписанием настоящего информированного добровольного согласия я подтверждаю, что мне в доступной для меня форме даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

В частности, мне разъяснено и понятно, что:

1. Консультации с применением телемедицинских технологий осуществляются в целях:

- профилактики, сбора, анализа моих жалоб и данных анамнеза, обобщения антропометрических данных, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием моего здоровья;
- принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).

2. 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).

3. При проведении консультаций с применением телемедицинских технологий будет изучена моя медицинская документация, мне будет предоставлена информация о возможных причинах возникновения болезненных состояний, будет разъяснена информация о стандартах оказания медицинской помощи и профильности заболевания, с указанием на способы и этапность получения медицинской помощи.

4. При проведении консультаций с применением телемедицинских технологий меня информируют о порядке проведения диагностических процедур, осуществляемых для установления причины возникновения имеющегося патологического состояния, будут предоставлены рекомендации по порядку посещения лечебных организаций и о необходимости проведения лабораторных и иных исследований (при наличии такой необходимости), будут выданы рекомендации о необходимости посещения медицинской организации для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в случаях, предусмотренных порядками оказания отдельных видов медицинской помощи (при наличии такой необходимости).

5. При проведении консультаций с применением телемедицинских технологий мне будут выданы рекомендации о необходимости получения консультации врачей-специалистов в соответствии с профилем заболевания (при наличии заболевания), будут выявлены медицинские показания и проведена консультация по подготовке к проведению специализированных лечебно-диагностических процедур с их последующим выполнением в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь и имеющую в своем составе соответствующие специализированные отделения.

6. Дистанционное наблюдение за состоянием моего здоровья назначается лечащим врачом после очного приема (осмотра, консультации).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства, потребовать его (их) прекращения.

Настоящим согласием я разрешаю отправку в адрес медицинских работников ООО «МПК» медицинских документов, а именно: данных моего анамнеза; данных осмотра врачей специалистов; результаты моих диагностических исследований, в том числе анализ крови общий и биохимический, исследование крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонеми, анализа мочи общего, электрокардиографии; результаты рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований; результаты и снимки компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, флюорографии; данные антропометрии, термометрии, тонометрии; результаты и гистослайды моего патоморфологического исследования.

Я понимаю, что несообщение врачу сведений о состоянии моего здоровья, несоблюдение рекомендаций врача (в том числе о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях) и самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья и результатах телемедицинской консультации.

Я поставил(-а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых мною лекарственных средствах.

Я сообщил(-а) правдивые сведения о наследственных факторах, влияющих на состояние моего здоровья, а также об употреблении алкоголя, наркотических средств и иных одурманивающих веществ.

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.

Я согласен(-на) на заполнение персонализированного вопросника (анкеты), а также на проведение необходимых мне консультационных мероприятий иными медицинскими работниками, с учетом обязанности по сохранения врачебной тайны.

Я полностью понимаю суть изложенного, мне даны ответы на все заданные мною вопросы, я не имею претензий к медицинскому работнику относительно доступности и объема предоставленной мне информации.