

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

“ _____ ” _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу:

_____ в отношении _____

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

“ _____ ” _____ г. рождения,

(дата рождения пациента при подписании _____ законным представителем)

проживающего по адресу: _____

(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 Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (опрос с целью выявления жалоб на состояние здоровья и влияющих на это причин, осмотр, термометрия, тонометрия, исследование функций нервной системы, лабораторные и функциональные методы исследования, введение лекарственных препаратов, медицинский массаж, лечебная физкультура), а также на следующие виды медицинских вмешательств: рефлексотерапию, лечебно-медикаментозные блокады, мануальную терапию, физиотерапию, в том числе:

- Магнитотерапевтическое лечение
- Лазеротерапевтическое лечение
- Электротерапия
- Ультразвуковое лечение
- Высокочастотная терапия
- Инфразвуковое лечение
- Светолечение (УФО)
- Водолечение,
- Теплолечение.
- Высокоточная терапия

для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

_____ ОБУЗ «Ивановский областной клинический центр медицинской реабилитации»

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы проведения физиотерапевтического и функционального лечения, связанные с ними риски, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

При использовании физических факторов в лечении предполагаются следующие результаты: уменьшение боли, отёка, воспаления, мышечного спазма, улучшение микроциркуляции и трофики тканей организма (в том числе улучшение кровообращения головного мозга).

Возможные общие реакции дезадаптации и осложнения: ухудшение общего самочувствия, нарушение сна, повышенная утомляемость, раздражительность, потливость, головокружения и головные боли, снижение работоспособности, лабильность пульса и артериального давления, аллергические реакции.

Возможные местные реакции дезадаптации и осложнения: усиление боли и отёка, гиперемия(покраснение).

Я ознакомился (ознакомилась) и обязуюсь соблюдать правила проведения процедуры:

- снять украшения и убрать металлические предметы,
- при ухудшении самочувствия сразу сообщать врачу об изменениях,

- при проведении лазерной терапии, УФО нельзя снимать защитные очки до завершения процедуры,
- отключить мобильный телефон на время лечебной процедуры.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, мне предложенных.

Я информирован (а) о возможности бесплатного получения медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий в муниципальных и государственных учреждениях.

Мне разъяснено, что плохая переносимость процедуры пациентом, недостаточно качественная подготовка к исследованию по причине не соблюдения мной предписаний врача или особенности моего организма может стать объективной причиной отказа врача от проведения диагностического или лечебного вмешательства.

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, хронических и инфекционных заболеваниях (в т.ч. ВИЧ, гепатит), о принимаемых лекарственных средствах, о заболеваниях нервной системы (эпилепсия, эпилептический синдром).

Я указываю медицинские вмешательства, от которых я отказываюсь при любых обстоятельствах, кроме случаев непосредственной угрозы для моей жизни или повторного согласования мной:

_____ (наименование процедуры, физиотерапевтического лечения)

Я осознаю несовершенство медицинской науки и практики и невозможность в связи с этим гарантировать ожидаемые результаты лечения, что проводимое лечение в т. ч. медицинское вмешательство, не гарантирует полного выздоровления.

Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Я знаю, что строгое соблюдение рекомендаций врача является необходимым условием для успешного физиотерапевтического лечения.

Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на о 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. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

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

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

“ _____ ”

_____ г.

_____ (дата оформления)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

« ____ » _____ г. рождения, паспорт

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

" ____ " _____ г. рождения,
(дата рождения пациента при подписании _____ законным представителем)

в процессе оказания медицинской помощи, руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие ОБУЗ «ИОКЦМР» в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), внесение их в электронную базу данных, включая списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения, составляющие врачебную тайну, о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

" ____ " _____ 20__ г. _____ / _____