

**АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«ЦЕНТР ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ
И ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ»**

ПРИКАЗ

29 мая 2019 г.

№ 24

г. Ханты-Мансийск

О внесении изменений в приказ 16 от 01.04.2019 «Об утверждении Публичной
оферты (предложения) на предоставление медицинских услуг»

В целях приведения формы "Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство" и "Информированного добровольного согласия на получение медицинских услуг на платной основе" к единому образцу,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Изложить приложение 2 «Информированное добровольное согласие пациента на получение медицинских услуг на платной основе» и приложение 3 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство» к договору оферты в новой редакции согласно приложению к настоящему приказу.
2. Контроль за исполнением приказа возложить на заведующую отделением платных услуг Нигматулину М.А.

Исполнительный директор



А.Е. Степанов

Информированное добровольное согласие пациента
на получение медицинских услуг на платной основе
в АНО «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики»

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, _____
паспорт: серия _____, номер _____,
выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

_____ Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, дата рождения

согласна (согласен) с предложенным планом обследования и лечения и даю информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения медицинской помощи в АНО «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики», включенные в план обследования и лечения, на платной основе в рамках договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от « ____ » _____ 20__ г., в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», пунктом 28 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 04.10. 2012 № 1006.

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в том числе схожих медицинских услуг, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я получил информацию о Перечне медицинских организаций, оказывающих аналогичные медицинские услуги на бесплатной основе, в том числе в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых в АНО «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики», и я согласен(согласна) оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с действующим прейскурантом.

Мне разъяснено, что я могу получить как одну услугу, так и несколько видов услуг на платной основе. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с лечащим вра-

чом (специалистом) выбраны виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в АНО «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики».

Я уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников АНО «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики», оказывающих мне платные медицинские услуги, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемых мне платных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Настоящее информированное добровольное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы. Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на оказание медицинских услуг на платной основе мною прочитан, мне понятно содержание и назначение данного документа, разъяснения предоставлены мне в доступной форме и меня удовлетворяют.

Пациент: _____
Паспорт серия: _____ номер: _____, выдан «__» _____ г.,
(кем выдан) _____.

Родитель или иной законный представитель: _____

Паспорт серия: _____ номер: _____, выдан «__» _____ г.
(кем выдан) _____.

(подпись мед. работника)

(Ф.И.О. медицинского работника)

"__" _____ г. _____
(дата оформления) (подпись пациента/родителя или иного законного представителя)

Информированное добровольное согласие на медицинское
вмешательство при получении медицинской помощи
в АНО «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики»

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина)

" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, _____

паспорт: серия _____, номер _____,

выдан: _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, дата рождения

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на проведение мне (лицу, представляемому мною) медицинских вмешательств, назначенных врачом в соответствии с планом обследования и лечения, из следующего перечня: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; диагностические и лечебные пункции, физиотерапевтические процедуры, прием таблетированных препаратов, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрисуставно; медицинский массаж; лечебная физкультура.

Необходимость других методов обследования и лечения, не вошедших в перечень, будет мне разъяснена дополнительно.

Мне лично в доступной для меня форме даны полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, об условиях, целях и методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе вероятности развития осложнений, а также предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Сведения о выбранных мной лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья:

_____;

(Ф.И.О. лица, которому может быть передана информация, контактный телефон)

_____.

(Ф.И.О. лица, которому может быть передана информация, контактный телефон)

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать их прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

(подпись мед. работника)

"__" ____ Г.
(дата оформления)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись пациента/родителя или иного законного представителя)