

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_,  
Ф.И.О. (полностью) гражданина либо законного представителя гражданина  
являясь законным представителем \_\_\_\_\_

Ф.И.О. (полностью) несовершеннолетнего или недееспособного гражданина

на основании ФЗ № 323 « Об основах охраны здоровья граждан в РФ», и Закона РФ «О защите прав потребителей», находясь на обследовании и лечении в ООО «Оптикор», даю согласие на медицинское вмешательство: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия; непрягая ларингоскопия; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; удаление серных пробок из ушей; удаление инородного тела из роговицы, уха, носа, глотки; промывание лакун небных миндалин; промывание носа, носоглотки, околоносовых пазух методом назофарингеальной аспирации; пункция гайморовой пазухи, наложение синус-катетера на околоносовые пазухи; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); ультразвуковые исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, в инстилляциях, в т.ч. анестетиков и средств, влияющих на аккомодацию; исследование периферии сетчатки линзой Гольдмана; электротонографическое исследование; пахиметрия; измерение передне-задней оси глаза; измерение внутриглазного давления, зондирование и промывание слезных путей, гониоскопия медицинским работником \_\_\_\_\_

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

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, 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, мне предложенных.

Возможные осложнения: светобоязнь; покраснение; чувство инородного тела; слезотечение; нарушение целостности роговицы; временное снижение зрения; нарушение аккомодации; двоение в глазах; повышение внутриглазного давления; аллергические реакции; гипертермия; побочные реакции со стороны ЦНС у детей; в отдельных случаях галлюцинации; боль в ухе, горле; отек глаза, щеки при проведении пункции гайморовой пазухи.

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_,  
Ф.И.О. (полностью) гражданина либо законного представителя гражданина  
являясь законным представителем \_\_\_\_\_

Ф.И.О. (полностью) несовершеннолетнего или недееспособного гражданина

на основании ФЗ № 323 « Об основах охраны здоровья граждан в РФ», и Закона РФ «О защите прав потребителей», находясь на обследовании и лечении в ООО «Оптикор», даю согласие на медицинское вмешательство: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия; непрягая ларингоскопия; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; удаление серных пробок из ушей; удаление инородного тела из роговицы, уха, носа, глотки; промывание лакун небных миндалин; промывание носа, носоглотки, околоносовых пазух методом назофарингеальной аспирации; пункция гайморовой пазухи, наложение синус-катетера на околоносовые пазухи; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); ультразвуковые исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, в инстилляциях, в т.ч. анестетиков и средств, влияющих на аккомодацию; исследование периферии сетчатки линзой Гольдмана; электротонографическое исследование; пахиметрия; измерение передне-задней оси глаза; измерение внутриглазного давления, зондирование и промывание слезных путей, гониоскопия медицинским работником \_\_\_\_\_

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

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, 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, мне предложенных.

Возможные осложнения: светобоязнь; покраснение; чувство инородного тела; слезотечение; нарушение целостности роговицы; временное снижение зрения; нарушение аккомодации; двоение в глазах; повышение внутриглазного давления; аллергические реакции; гипертермия; побочные реакции со стороны ЦНС у детей; в отдельных случаях галлюцинации; боль в ухе, горле; отек глаза, щеки при проведении пункции гайморовой пазухи.

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

Мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, а также о беременности.

Кроме того, 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 признаю право врача прервать исследование в случае, если в ходе исследования будет выявлена невозможность продолжения исследования по физиологическим или анатомическим причинам, а также факторы, которые могут повлечь за собой осложнения или другие негативные последствия для пациента; из-за выхода оборудования из строя; выявления объективных, не зависящих от воли врача или пациента обстоятельств.

Я поставил (поставила) 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.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

Гражданин (законный представитель)

Медицинский работник

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

подпись

Дата оформления « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

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

Мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, а также о беременности.

Кроме того, 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 признаю право врача прервать исследование в случае, если в ходе исследования будет выявлена невозможность продолжения исследования по физиологическим или анатомическим причинам, а также факторы, которые могут повлечь за собой осложнения или другие негативные последствия для пациента; из-за выхода оборудования из строя; выявления объективных, не зависящих от воли врача или пациента обстоятельств.

Я поставил (поставила) 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.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

Гражданин (законный представитель)

Медицинский работник

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

подпись

Дата оформления « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.