

**Информированное добровольное согласие пациента(ки) на медицинское вмешательство  
к договору на оказание платных медицинских услуг от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г.**

Г. Санкт-Петербург

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г

Я, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(ая) по адресу (как в паспорте) \_\_\_\_\_

находясь на обследовании и / или лечении в Многопрофильной клинике Сантэ Групп+ (ООО «Сантэ Медикл Групп+»)

На основании ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я информирован о существовании государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках статьи 80 ФЗ №323, а также гарантии Конституции РФ 41ст. «Право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь».

Я информирован о содержании статьи 27 323-ФЗ - Обязанности граждан в сфере охраны здоровья, в том числе и пункт 3. «Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.»

**Я даю свое добровольное, осознанное информированное согласие на получение платных медицинских услуг и медицинские вмешательства, в том числе и на ниже перечисленное:**

1. Даю свое согласие на врачебный осмотр, в который входит выяснение жалоб, сбор анамнеза, в том числе историю заболевания, историю жизни и перенесенных заболеваний, травм и вмешательств;
2. Врачебный осмотр, включая гинекологические (для женщин) исследования;
3. Взятие на анализ крови, мочи, кала и других биологических сред и тканей, их хранение, транспортировка и получение результатов лабораторных и иных исследований, а также взятие крови для получения тромбоцитарных мембран с целью проведения плазмолифтинга десен;
4. С целью выполнения лабораторных исследований даю свое согласие на привлечение третьих лиц к предоставлению данных услуг, а также получению и обработке результатов лабораторных и иных исследований;
5. Даю свое согласие на врачебный осмотр включая общий стоматологический осмотр и стоматологические исследования зубочелюстной системы в том числе и инструментальные: в которые входят пальпация, перкуссия, зондирование кариозных полостей и зубодесневых и костных карманов, определение состояния лимфотических узлов, определение степени подвижности зубов, определение степени прилегания пломбирочных материалов к стенкам полости зуба, использование различных индикаторов для оценки гигиенического состояния полости рта, а также наличия кариеса, проведение ЭОД (электроодонтометрии) для оценки жизнеспособности пульпы, использование апекслокатора в ходе эндодонтического-внутриканального лечения, определение степени фиксации ортопедических конструкций в полости рта, снятие оттисков различными материалами с целью диагностики и лечения, использование лицевой дуги, а также любые методы клинического и/или функционального и/или лучевого исследования которые нужно проводить для уточнения диагностики и плана лечения, в том числе даю свое согласие на получения направления на эти исследования;
6. Использование метода фотографирования до начала лечения для оценки исходного состояния зубочелюстной системы и фотофиксации его, а также на этапах лечения;
7. Выполнение ультразвукового исследования в том числе при гинекологическом и урологическом осмотрах внутренним датчиком, а также выполнение исследований функций различных систем и органов не вызывающих осложнений ( эхокардиография , ультразвуковые исследования сосудов);
8. Прием лекарственных препаратов через рот;
9. Введение лекарственных препаратов с помощью п/к инъекций, в/м инъекций, в/в вливаний, а также инъекции с целью проведения обезболивания ( анестезия);
10. Наложение различных повязок, дренажей;

11. Исследование функциональных параметров организма (определение роста, веса, измерение температуры тела, артериального давления, пульса)

Если с чем то не согласны, то указать номер пункта \_\_\_\_\_

Мне в доступной форме разъяснены возможные методы и варианты обследования и лечения и связанные с ними риски, а так же возможные их последствия.

Я обязуюсь вести себя спокойно и адекватно при проведении врачебных манипуляций и медицинских вмешательств.

Я обязуюсь явиться в назначенное время без опоздания, а в случае невозможности явиться на прием обязуюсь заранее известить медицинское учреждение о неявке.

Я обязуюсь соблюдать «Правила нахождения и регламент поведения в Многопрофильной Клинике Сантэ Групп+»

Я обязуюсь принимать лекарственные средства, согласно назначению врача, выполнять его рекомендации, **Я обязуюсь немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия**, согласовывать с врачом прием любых лекарственных средств.

Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самостоятельное изменение сроков лечения и явки, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение, сокрытие информации о состоянии моего здоровья **могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.**

Я информирован (а) о том, что должен(на) поставить 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, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах. Я согласен(а) тем, что мне необходимо сообщить правдивые сведения о наследственности, а так же об чрезмерном употреблении алкоголя, курения, наркотических средств, о наличии у меня в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекций).

**Все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы, и разъяснения врача мною поняты, возможный риск предстоящего исследования, мною осознан.**

**Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне врачом, оно полностью мне понятно, необходимости в более подробном изложении данных сведений нет.**

Я ознакомлен (а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(на) с ними.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_г. Фамилия, инициалы, подпись пациента √ \_\_\_\_\_

*Заполняется собственноручно пациентом (или законным представителем пациента) (разборчиво)*

Любую информацию, содержащую мои персональные данные и результаты исследований, разрешаю сообщать сотрудникам ООО «Сантэ Медикл групп+» (Многопрофильная клиника Сантэ Групп+) и лаборантам, проводящим исследования.

Подпись пациента √ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Фамилия (полностью), И.О.**  
*(или законного представителя пациента)*

Подпись врача \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Фамилия (полностью), И.О.**