

## **Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)  
"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (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 согласия законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на консультацию врача невролога, **первичную** и /или **повторную (ненужное зачеркнуть)**, в **Общество с ограниченной ответственностью « Медицинский центр « Риорит»** медицинским работником, **врачом неврологом** \_\_\_\_\_.

Подтверждаю, что получил(а) полную и исчерпывающую информацию о характере предстоящего **первичного** и/или **повторного** приема ( **ненужное зачеркнуть**) у врача-невролога. Мне были разъяснены цели и задачи данного медицинского вмешательства, а также потенциальные результаты. **Первичный прием** направлен на установление диагноза, оценку неврологического статуса, сбор анамнеза, физикальное обследование и назначение необходимых диагностических процедур (лабораторных анализов, инструментальных исследований, таких как МРТ, КТ, ЭЭГ и др.), если таковые потребуются. По итогам первичного приема врач-невролог сформулирует предварительный диагноз и разработает индивидуальный план лечения. **Повторный прием** проводится для оценки динамики состояния пациента, интерпретации результатов проведенных исследований, коррекции назначенного лечения, а также для предоставления дальнейших рекомендаций по реабилитации и профилактике.

Мне были сообщены данные о возможных методах диагностики и лечения, включая, но не ограничиваясь, медикаментозную терапию, физиотерапию, лечебную физкультуру и, при необходимости, направление к другим специалистам. Я понимаю, что окончательный диагноз и план лечения могут быть уточнены после получения результатов всех назначенных исследований. Я также информирован(а) о возможных рисках, связанных с конкретными диагностическими процедурами или методами лечения, которые могут быть назначены. Мне разъяснены возможные побочные эффекты и осложнения.

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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, которую я могу получить бесплатно в установленном порядке и сроки. Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками ожидания, условиями оказания и порядком оплаты предоставляемых медицинских услуг.

До заключения Договора я получил(а) информацию о медицинском работнике, отвечающем за предоставление платных медицинских услуг (его профессиональном образовании и квалификации), а

также о том, что граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в клинике.

Я предупрежден о временных неудобствах, связанных с оказанием Услуг, и согласен с ними. Мне понятны правовые (ст. 1064 ГК РФ) и медицинские последствия моего решения, специальная терминология.

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. N 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), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_ дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.  
(ФИО гражданина, контактный телефон) (подпись)

\_\_\_\_\_ дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.  
(ФИО гражданина, или его законного представителя контактный телефон) (подпись)

\_\_\_\_\_ дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.  
(ФИО медицинского работника) (подпись)