

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 травматолога-ортопеда, **первичную** и /или **повторную (ненужное зачеркнуть)**, в **Общество с ограниченной ответственностью « Медицинский центр « Риорит»** медицинским работником, **врачом травматологом-ортопедом** _____.

Подтверждаю, что получил(а) полную и исчерпывающую информацию о характере предстоящего **первичного** и/или **повторного** приема (**ненужное зачеркнуть**) у врача травматолога-ортопеда. Мне были разъяснены цели и задачи данного медицинского вмешательства, а также потенциальные результаты.

Цель консультации: первичный прием врача травматолога -ортопеда направлен на постановку диагноза, диагностику и лечение заболеваний и травм опорно-двигательного аппарата, включающих кости, суставы, связки, сухожилия и мышцы. Врач проведет осмотр, соберет анамнез, при необходимости назначит дополнительные обследования (рентгенографию, МРТ, КТ, УЗИ и др.) для постановки точного диагноза и разработки индивидуального плана 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.

Методы обследования и лечения: На первичном приеме врач проведет физикальное обследование: оценит подвижность суставов, мышечную силу, состояние позвоночника. На основании полученных данных может быть рекомендовано медикаментозное лечение, физиотерапия, лечебная физкультура, применение ортопедических изделий, а также, в некоторых случаях, хирургическое вмешательство.

Ожидаемые результаты: По итогам консультации я получу информацию о своем диагнозе, прогнозе заболевания и рекомендациях по дальнейшему лечению. Целью лечения является купирование болевого синдрома, восстановление функции опорно-двигательного аппарата, предотвращение дальнейшего прогрессирования заболевания и улучшение качества моей жизни.

Возможные риски: Консультация сама по себе является безопасной процедурой. Однако, назначенные в рамках консультации диагностические исследования (например, рентгенография с использованием ионизирующего излучения) имеют минимальные риски, связанные с дозой облучения. При назначении инвазивных процедур (например, инъекций в сустав) врач отдельно сообщит о конкретных рисках.

Альтернативы: В зависимости от диагноза, могут быть предложены альтернативные методы лечения, такие как консервативная терапия (при возможности избежать операции) или различные виды хирургических вмешательств. Выбор оптимального метода будет осуществляться совместно с врачом.

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)	