

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 законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на консультацию врача терапевта, **первичную** или **повторную** (зачеркнуть ненужное), в **Общество с ограниченной ответственностью « Медицинский центр « Риорит»**

Медицинским работником, **врачом терапевтом** _____

полностью информирован(а) о целях, методах, ожидаемых результатах, возможных рисках и альтернативах, связанных с **первичным** и или **повторным** приемом (зачеркнуть ненужное) врача-терапевта. Я понимаю, что первичный прием направлен на выявление жалоб, сбор анамнеза, физикальное обследование, назначение лабораторных и инструментальных исследований, постановка предварительного диагноза, разработка плана лечения. И **Повторный прием**: Оценка эффективности назначенного лечения, коррекция терапии, интерпретация результатов исследований, уточнение диагноза, формирование рекомендаций по дальнейшему ведению. Методы проведения приема: Врач-терапевт будет использовать различные методы для оценки вашего состояния, включая:

- **Беседа**: Сбор информации о ваших жалобах, истории болезни, образе жизни.
- **Осмотр**: Оценка общего состояния, измерение артериального давления, пульса, температуры, аускультация (прослушивание) легких и сердца, пальпация (ощупывание) органов брюшной полости.
- **Назначение исследований**: Кровь, моча, биохимические анализы, ЭКГ, рентгенография, УЗИ и другие, в зависимости от показаний.

Ожидаемые результаты:

По итогам приема вы получите четкие рекомендации по дальнейшим действиям, направленным на сохранение и улучшение вашего здоровья. Это может включать назначение медикаментозного лечения, направление на консультации к узким специалистам, рекомендации по изменению образа жизни, а также план дальнейшего наблюдения.

Возможные риски: Прием врача-терапевта является безопасной процедурой. Риски, связанные с приемом, минимальны и обычно сводятся к возможности получения информации, которая может вызвать временное беспокойство. Важно понимать, что окончательный диагноз и план лечения формируются только после полного обследования.

Альтернативы:

В некоторых случаях, при отказе от консультации терапевта, решение вопросов, связанных со здоровьем, может быть затруднено. Самолечение может быть опасным и привести к утяжелению состояния.

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)	