

к приказу от 29.08.2023 № 13-П  
«Об организации предоставления  
платных медицинских услуг»

**Соглашение об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг  
(информированное согласие)**

Я \_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество пациента/законного представителя – полностью)

\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу:

проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
указывается в случае проживания не по месту регистрации

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан
Я, _____ паспорт: _____ ,
выдан: _____ являюсь _____ законным
представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
_____
нужное подчеркнуть
ребенка или лица, признанного недееспособным:
_____
Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения
_____ ,
действую на основании _____
_____ ,
реквизиты документа подтверждающего законные полномочия представителя

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в **ООО «Гемодиализный центр Ростов»** (далее по тексту – «Медицинская организация») и

добровольно даю согласие и по согласованию с врачом на проведение мне (представляемому) следующих видов платных медицинских услуг:

\_\_\_\_\_  
наименование платной медицинской услуги согласно утвержденного Прейскуранта цен

- добровольно даю согласие на проведение со мной (с представляемым) опроса, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотра, в том числе пальпации, перкуссии, аускультации, , антропометрических исследований, термометрии, тонометрии, лабораторных методов обследования, в том числе клинических, биохимических, функциональных методов обследования, в том числе электрокардиографии, измерение «сухого веса»;
- добровольно даю согласие на проведение мне (представляемому) ультразвуковых исследований, доплерографических исследований;
- добровольно даю согласие на введение мне (представляемому) лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно;

- в доступной форме проинформирован сотрудниками медицинской организации о состоянии моего здоровья (представляемого), включая сведения о результатах обследования, сути моего заболевания, диагнозе и прогнозе, необходимых исследованиях, манипуляциях, целях и методах лечения, связанном с ними риске, о возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, возможных осложнениях и предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, о возможных последствиях отказа от медицинской помощи;
- извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;
- предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
- 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 (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- добровольно даю согласие на хирургические вмешательства с целью: создания сосудистого доступа для проведения процедур гемодиализа; создания перитонеального доступа для проведения процедур перитонеального диализа; проведения реконструктивных и др. операций с целью формирования адекватного доступа для проведения процедур и лечения осложнений, связанных с доступом для проведения диализа.
- добровольно даю согласие и уполномочиваю медицинских работников медицинской организации выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Врач «Медицинской организации» обсудил со мной необходимость лечения, а также возможные изменения моего самочувствия и состояния в случае отсутствия такого лечения. Я понимаю необходимость проведения указанного лечения.

Мне объяснено и я осознаю, что при проведении диализного лечения и (или) исследования, и (или) манипуляции, хирургического вмешательства существуют возможности развития осложнений, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения). В таком случае, ход процедуры диализа, исследования, лечения или же манипуляции, хирургического вмешательства может быть изменён врачами по их усмотрению (в соответствии с медицинскими показаниями).

Я \_\_\_\_\_, в случае необходимости, предоставить информацию о  
**разрешаю / не разрешаю**

моем диагнозе, степени и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

---

Фамилия, Имя, Отчество, ТЕЛЕФОН

\_\_\_\_\_  
Фамилия, Имя, Отчество, ТЕЛЕФОН

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я \_\_\_\_\_ посещение в медицинской организации представляемого  
разрешаю / не разрешаю  
ребенка или лица, признанного недееспособным.

Я \_\_\_\_\_ ознакомлен

Фамилия, Имя, Отчество пациента/законного представителя – полностью

(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; удостоверяю, что текст моего информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения на все заданные мной вопросы понятны и меня удовлетворяют, я не имею дополнительных вопросов.

\_\_\_\_\_ Подпись пациента/законного представителя

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года.

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_  
(Должность,                      Фамилия И.О.)                      Подпись

### **ПРИМЕЧАНИЕ:**

При отказе подписать данный документ пациент делает запись об этом в настоящем документе, указывает ФИО, дату и удостоверяет запись подписью.

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (один из родителей, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, отсутствуют законные представители пациента, а проведение экстренного лечения необходимо для устранения угрозы жизни пациента, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача/директора медицинской организации, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача.