ЮРИДИЧЕСКИЙ ПАКЕТ

на подписание пациентом/законным представителем
при оформлении медицинской услуги:

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на медицинское вмешательство

Я _____
(ФИО полностью) _____ года рождения, проживающий(ая) по адресу:
_____

Заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или на недееспособных граждан: Я, паспорт: _____, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения

Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, а также разъяснения о возможных осложнениях, рисках и их последствиях, подтверждаю, что мне понятны используемые термины, добровольно в соответствии с

ФЗ N 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РФ»,

даю свое согласие на проведение мне (представляемому) в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований и экспертиз: взятия и анализа биоматериала (крови, мочи, других биологических жидкостей и тканей) на лабораторные методы обследования: в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. специалистами организации, для осуществления истребованных мною медицинских услуг.

Я осознаю, что несоблюдение правил подготовки пациента к лабораторным исследованиям и рекомендаций медицинских работников, может повлиять на результаты исследований, а значит осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

Я понимаю возможность возникновения необходимости в проведении повторных и дополнительных вмешательств, в т.ч. для обеспечения надлежащего качества истребованной медицинской услуги, и добровольно даю согласие на проведение мне (представляемому) таких вмешательств.

Я поставил(а) в известность обо всех проблемах, связанных со здоровьем, а именно:
аллергические проявления – нет / да, а именно_____
инд. непереносимость лек. препаратов – нет / да, а именно _____
принимаемые лекарственные средства – нет / да, а именно _____
другие сведения, связанные со здоровьем _____

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о результатах исследований, моем диагнозе, степени и характере моего заболевания гражданам:_____

Разрешаю выслать результаты лабораторных исследований ☐ по электронной почте _____
☐ по факсу _____, ☐ по почте _____.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Мною, в соответствии со ст.9 Федерального Закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» Пациент, дается согласие на автоматизированные, а также без использования средств автоматизации, сбор, обработку, использование и хранение своих персональных данных, данных о состоянии здоровья и иных сведений в целях установления медицинского диагноза и/или оказания медицинских услуг.

РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ:

- Правила предоставления платных медицинских услуг;
- Уведомление-оферта о правах и обязанностях Потребителя (Заказчика) при оказании платных медицинских услуг;
- Уведомление-оферта о медицинских предписаниях, действующих при оказании платных медицинских услуг;
- Уведомление-оферта о порядке в отношении обработки персональных данных Потребителя (Заказчика);
- Договор-оферта, либо договор (по требованию Потребителя (Заказчика) на оказание платных медицинских услуг для физических лиц.

Мною прочитаны, поняты все вышеизложенные и регламентирующие документы, получены исчерпывающие ответы на заданные мною вопросы, полные и всесторонние разъяснения.

Я уведомлен о том, что истребованные мною медицинские услуги, частично или полностью, могут входить в Программу госгарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ:

Я уведомлен о необходимости своевременно получить медицинские документы, являющиеся результатом оказания платных медицинских услуг и даю согласие считать такие документы актом выполненных работ.

Я даю своё согласие и прошу считать, в случае моего необращения к Исполнителю в течение 14 дней после исполнения договора, что услуги оказаны надлежащим образом, по номенклатуре, количеству, качеству и иным характеристикам оказанной медицинской услуги претензий не имею.

дата _____

(подпись пациента/законного представителя)

Расписался в моем присутствии,
уполномоченное лицо _____(Фамилия ИО, подпись)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я _____
(ФИО полностью) _____ года рождения, проживающий(ая) по адресу:
_____
адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

Заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или на недееспособных граждан:
Я, паспорт: _____,
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____
Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения

Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, подтверждаю, что мне понятны используемые термины, добровольно в соответствии с

ФЗ N 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РФ»,

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень видов медицинских вмешательств), при оказании мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть)

первичной медико-санитарной помощи в ООО «БиоТест»
Медицинским работником _____
должность, Ф.И.О. медицинского работника

я ознакомлен с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть):
_____
Ф.И.О. лиц, которым предоставляется право присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи

_____ _____
Подпись, Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

_____ _____
Подпись, Ф.И.О. медицинского работника

Дата оформления ИДС _____ 201____г.