

Приложение №2

к Договору на оказание платных медицинских услуг № \*\*\* от \*\*\* г

ООО «Орловская Глазная Клиника»  
ИНН 5753200826; ОГРН 1135749003301

Адрес: 302028, Орловская область, г. Орел, ул. Гуртьева, д. 27, строение 2, пом.1  
Тел.8-980-769-0440, 49-04-40

**Информированное добровольное согласие**

на виды медицинских вмешательств, включенные 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, а также другие виды медицинских вмешательств, не включенные в Перечень

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина полностью)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, ***
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным _____
(Ф.И.О. ребенка до 15 лет или недееспособного гражданина – Ф.И.О. полностью, дата рождения)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств (согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1177н), в том числе опроса, выявления жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпацию; антропометрические исследования; термометрию; тонометрию; неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций; исследования нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы исследования, в том числе бактериологические, вирусологические, серологические; функциональные методы исследования, в том числе ультразвуковые исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно; медицинский массаж, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее-Перечень), а также следующих видов медицинских вмешательств, не вошедших в Перечень: **подбор очков, подбор мягких и жестких контактных линз, применение аппаратных методов лечения и диагностики** (ненужное зачеркнуть), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в **ООО «Орловская Глазная Клиника»**

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи;

- Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, 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" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446);
- Мне разъяснены содержание и последовательность медицинских вмешательств и лечения. Я получил (а) информацию о стоимости предстоящего медицинского вмешательства, о правилах ее оплаты и документах, подтверждающих этот факт;
- Я заявляю, что изложил врачу все известные мне данные о состоянии своего (представляемого) здоровья, 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. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, гигиенических правил, рекомендаций медицинских работников, в том числе назначенного режима лечения, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.
- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мне понятны, и я добровольно даю свое согласие на медицинское вмешательство и лечение в предложенном объеме.  
Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 3 ст. 19 Федерального закона от 21/10/2011 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: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. доверенного лица и его контактный телефон)

\_\_\_\_\_ \*\*\*

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 г.