

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

г. _____

«__» _____ г.

Сведения о подписанте

Я, _____, _____ года рождения, документ, удостоверяющий личность: _____, зарегистрирован по адресу: _____.

Действуя добровольно, своей волей и в своём интересе, при отсутствии принуждения и после полученных разъяснений, подписываю настоящий документ.

Характер документа: _____. Документ оформляется в порядке, установленном законом об основах охраны здоровья граждан (ст. 20 Закона № 323-ФЗ).

Медицинская организация и медицинский работник

Медицинская организация: _____, ИНН _____. Место оказания медицинской помощи: _____.

Медицинская деятельность осуществляется на основании лицензии: _____.

Информацию о вмешательстве мне предоставил медицинский работник _____, _____.

Медицинское вмешательство

Даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: _____.

Перечень видов медицинского вмешательства: _____.

Цель вмешательства: _____. Планируемая дата: _____.

Предоставленная информация

Медицинский работник в доступной для меня форме предоставил полную информацию о целях и методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах вмешательства, его последствиях и предполагаемых результатах (ст. 20 Закона № 323-ФЗ).

Мне разъяснено право получать информацию о состоянии своего здоровья, знакомиться с медицинской документацией и получать её копии и выписки (ст. 22 Закона № 323-ФЗ).

Я имел возможность задать вопросы и получил на них понятные ответы, неясных для меня положений не осталось.

Риски и возможные осложнения

Мне разъяснены возможные риски и осложнения: _____.

Я понимаю, что даже при правильном и своевременном выполнении вмешательства возможны индивидуальные реакции организма и осложнения, которые невозможно предвидеть заранее.

Я предупреждён о необходимости немедленно сообщать медицинскому работнику об ухудшении самочувствия во время вмешательства и после него.

Альтернативные методы

Мне разъяснены альтернативные методы и их особенности: _____.

Мне сообщено о последствиях отказа от предлагаемого вмешательства и о том, что окончательный выбор метода остаётся за мной.

Я подтверждаю, что решение принято мной обдуманно, без принуждения и в срок, достаточный для принятия решения.

Сведения, сообщённые пациентом, и обязательства

Я сообщил медицинскому работнику достоверные сведения о состоянии своего здоровья:

Я обязуюсь соблюдать назначения и рекомендации, режим, правила подготовки к вмешательству и сроки контрольных осмотров.

Я понимаю, что сокрытие сведений о здоровье, самовольное изменение назначений или несоблюдение рекомендаций может привести к осложнениям, за которые медицинская организация ответственности не несёт.

Особенности диагностического исследования

Исследование выполняется с использованием диагностического оборудования, при необходимости производится забор биологического материала для лабораторного исследования.

Мне разъяснены возможные ощущения и риски: дискомфорт и болезненность при осмотре, при эндоскопическом исследовании — повреждение слизистой оболочки, кровотечение, реакция на медикаментозную седацию.

Я понимаю, что результат исследования не является диагнозом: заключение оценивает лечащий врач в совокупности с клинической картиной и результатами других обследований.

Согласие на обработку персональных данных

Даю согласие на обработку моих персональных данных, включая сведения о состоянии здоровья, относящиеся к специальной категории: сбор, запись, систематизацию, хранение, уточнение, использование и уничтожение (ст. 9, 10 Закона № 152-ФЗ).

Обработка осуществляется в целях оказания медицинской помощи, ведения медицинской документации, проведения взаиморасчётов и информирования меня о ходе лечения.

Согласие действует до его отзыва, отзыв направляется в медицинскую организацию в письменной форме и не препятствует хранению медицинской документации в сроки, установленные законом (ст. 21 Закона № 152-ФЗ).

Фото- и видеофиксация

Даю согласие на фото- и видеофиксацию хода и результатов медицинского вмешательства в медицинских целях и на использование изображений в обезличенном виде.

Обезличенные изображения могут использоваться для обучения, разбора клинических случаев и внутреннего контроля качества.

Использование изображений, позволяющих меня идентифицировать, в рекламных и информационных материалах допускается только на основании отдельного письменного согласия (ст. 152.1 ГК РФ).

Присутствие обучающихся и других медицинских работников

Даю согласие на присутствие и участие в осмотре других медицинских работников, в том числе обучающихся, с соблюдением врачебной тайны.

Присутствие обучающихся допускается только при непосредственном участии медицинских работников медицинской организации.

Я вправе в любой момент потребовать прекращения присутствия посторонних лиц без объяснения причин.

Право отозвать согласие

Мне разъяснено, что я вправе отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения в любой момент до начала вмешательства и в ходе его выполнения, если это не создаёт непосредственной угрозы жизни (ст. 20 Закона № 323-ФЗ).

Отзыв согласия оформляется письменным заявлением по форме Приложение № 2.

Отзыв согласия не влечёт для меня неблагоприятных последствий и не лишает права на получение медицинской помощи в дальнейшем.

Подтверждение и экземпляры

Я ознакомился с текстом настоящего документа, его положения мне разъяснены, понятны и мной приняты.

Документ составлен в двух экземплярах: один хранится в медицинской документации пациента, второй выдан мне на руки.

Дата подписания: _____.

Пациент (законный представитель)

Дата рождения: _____

Паспорт: _____, выдан _____

Адрес места жительства: _____

Пациент (законный представитель)
_____ / _____

Приложение № 1 к документу

ЛИСТ РАЗЪЯСНЕНИЙ И ПОДПИСИ

Пациент: _____. Дата рождения: _____.

Медицинская организация: _____. Медицинский работник: _____, _____.

Вид вмешательства: _____.

№	Что разъяснено	Разъяснено (да/нет)	Подпись пациента

Вопросы пациента и полученные ответы:

Информацию предоставил: _____ / _____

Информацию получил и понял: _____ / _____

Приложение № 2 к документу

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ ОБ ОТЗЫВЕ СОГЛАСИЯ

Кому: _____

Адрес: _____

От: _____

Дата рождения: _____ Телефон: _____

Документ, удостоверяющий личность: _____

Заявление об отзыве информированного добровольного согласия

Отзываю ранее данное мной информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (_____) от _____.

Прошу прекратить выполнение вмешательства и не выполнять оставшиеся этапы.

Одновременно отзываю согласие на обработку персональных данных в части, не связанной с хранением медицинской документации в установленные законом сроки.

Последствия отзыва согласия мне разъяснены и понятны.

Дата: _____ Подпись: _____ / _____

Отметка медицинской организации о получении заявления:

Дата получения	Должность принявшего	ФИО	Подпись

Пустой бланк «Информированное добровольное согласие» с сайта primadoc.ru. Документ, заполненный под вашу ситуацию, собирается в конструкторе: <https://primadoc.ru/doc/informirovanное-dobrovolное-soglasie>