

Приложение 3

к договору об оказании

платных медицинских услуг

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг

Я,

_____, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг
желаю получить платные медицинские услуги за плату, при этом мне разъяснено и мною
осознано следующее.

Я, получив от работников ООО «ЭСКА-ДЕНТ» полную информацию об объемах, порядке и технологии предстоящих медицинских услуг, альтернативных способах лечения и возможности получения бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов их оплатить.

Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрел различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.

Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ООО «ЭСКА-ДЕНТ» не несет ответственности за их возникновение.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ООО «ЭСКА-ДЕНТ».

Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с ним.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

С положением о порядке и условиях предоставления платных услуг ООО «ЭСКА-ДЕНТ» ознакомлен.

Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого); - Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении и обязуюсь их соблюдать; - Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

Я 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;

Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

Я 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.

Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

Я ознакомлен (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;

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам: разрешено.

Разрешаю посещение в лечебном учреждении представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным, следующим гражданам: БЛИЖАЙШИМ РОДСТВЕНИКАМ.

Я проинформирован(а) о том, что моему организму (пациенту) необходимо хирургическое вмешательство (операция): удаление новообразования кожи в условиях общей/местной анестезии, а также проведение послеоперационного (восстановительного) лечения. Мне разъяснена и понятна суть моего заболевания. Мне разъяснены ожидаемые результаты оперативного лечения, возможные неблагоприятные последствия, а также я проинформирован о течении послеоперационного периода и необходимости соблюдения режима, предписанного медицинскими работниками. Мне разъяснено, что в ходе операции объем операции может быть изменён. Мне полностью ясно, что во время указанной операции или после неё могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (манипуляций, лечений) и я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций. Мне разъяснено, что в послеоперационном периоде возможно проведение дополнительных манипуляций, необходимость которых мне разъяснена в доступной форме.

Я, подтверждаю, что мне (пациенту) разъяснены права пациента при обращении за медицинской помощью и ее получении, на:

- 1) выбор врача, в том числе врача общей практике или лечащего врача, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
- 2) обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- 3) облегчение боли, связанной с заболеванием и(или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
- 4) сохранение в тайне информации пациента о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
- 5) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- 6) отказ от медицинского вмешательства;
- 7) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, включая сведения 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;
- 8) право на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- 9) право непосредственно знакомиться с медицинской документацией отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов, а также право получать копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья пациента, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны;
- 10) получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;
- 11) возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи. В случае нарушений моих прав (прав пациента) я могу обратиться с жалобой непосредственно к руководителю или любому должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором мне (пациенту) оказывается медицинская помощь, а также в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации либо в суд.

Я осознаю, что любое хирургическое вмешательство связано с риском для здоровья. Я уведомлен(а), что в процессе медицинского вмешательства и после него могут возникнуть осложнения, связанные с биологическими особенностями моего (пациента) организма. При этом врачи могут быть поставлены перед необходимостью значительно изменить доведенные до моего (сведения пациента) ход исследования. Может потребоваться дополнительное хирургическое вмешательство. Могут удлиниться общие сроки лечения. Я извещен(а), что откладывание или отказ от хирургического вмешательства приведут к негативным последствиям, что в итоге может поставить под угрозу мою жизнь и здоровье (здоровье и жизнь пациента). Потому, сознавая все вышеизложенное, я даю согласие на осуществление мне (пациенту) хирургического вмешательства в условиях общей/местной анестезии. Обязуюсь в послеоперационном периоде выполнять все рекомендации врачей. Подписанием данного документа, я подтверждаю, что информирован(а) о цели, характере, ходе и объеме предстоящего хирургического вмешательства и послеоперационного лечения (исследования), возможных неблагоприятных эффектах, а также о том, что мне (пациенту) предстоит делать во время его проведения, и даю добровольное информированное согласие на проведение хирургического вмешательства и лечения. Я согласен(сна) с тем, что при хирургическом вмешательстве и послеоперационном лечении (исследовании) нельзя полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и выше указанных осложнений, обусловленных патологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, а также с тем, что существует риск рецидива, о котором я информирован. Исполнитель не несет ответственности за их возникновение. Я обязуюсь (пациент обязуется) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей, соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных препаратов.

Я извещен(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата, бесконтрольного самолечения могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Я извещен(а), о вероятном течении заболевания при отказе от лечения. Я как пациент (законный представитель пациента) извещен(а) также о возможных негативных последствиях отказа от медицинского вмешательства или его прекращения. Я извещен(а) о наличии у специалистов права не приступать к оказанию услуг / приостановить оказание услуг /, отказаться от оказания услуг в случаях, когда имеют место нарушения мной (пациентом) своих обязательств. Я понимаю, что услуги, оплаченные мною, не финансируются страховой компанией (территориальным фондом). Я делаю добровольный выбор о предоставлении мне платных услуг и согласен(а) произвести оплату за них из своих собственных средств.

В случаях предоставления пациенту сторонними медицинскими организациями медицинских услуг, направленных на достижение цели настоящего договора или иным образом связанных с исполнением настоящего договора, пациент, подписывая настоящий договор, выражает свое согласие на взаимный обмен между Исполнителем и указанными медицинскими организациями персональными данными, а также сведениями, составляющими его врачебную тайну.

Настоящее соглашение мною прочитано, врач ответил на все мои вопросы. Я, подписывая данный документ, даю информированное добровольное согласие на предложенные условия проведения вышеуказанного хирургического вмешательства и послеоперационного лечения.

