



## МЧУ «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «РАМБАМ»

127055, гор. Москва, ул. Образцова, д. 11, стр. 2, стр. 5

Тел.: +7(495) 663 23 55

e-mail: info@rimc-rambam.ru

www.rimc-rambam.ru

Лицензия на осуществление медицинской деятельности  
№ ЛО-77-01-012493 от 14 июня 2016 г.

### Информированное добровольное согласие на прием (осмотр, консультацию) врача-специалиста

г. Москва

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. пациента)

*Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах пациента действует его представитель*

Я, \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. представителя пациента)

выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента)

даю информированное добровольное согласие на консультацию (прием) врача-специалиста

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

-Я понимаю, что врачебный прием – это обсуждение вопроса со специалистом в конкретной области медицины моего (Пациента) здоровья.

-Я проинформирован(а), что врач-специалист проводит прием (осмотр, консультацию), согласно стандартам оказания специализированной медицинской помощи, клиническим рекомендациям.

-Мне известно, что при окончании приема (осмотра, консультации), мне будет дано заключение врача, отражающее его профессиональное мнение (предварительный или окончательный диагноз, дальнейший план обследования и лечения, и пр. по усмотрению врача, согласно стандартам оказания специализированной медицинской помощи, клиническим рекомендациям).

- Я понимаю, что прием (осмотр, консультация), не принесет мне никакой значимой физической боли, однако я понимаю, что медицинское вмешательство проводится на повреждённых при травме или поражённых заболеванием тканях моего организма, способность которых к заживлению понижена, что может быть связано с дискомфортом при осмотре.

-Я понимаю, что сведения, полученные от врача о состоянии моего здоровья, в ряде случаев могут оказать некоторое психологическое влияние, при этом врач предпримет все меры, чтобы оно было минимально.

-Я понимаю, что мне могут быть рекомендованы повторные приемы (осмотры, консультации) врачей, при этом дополнительного оформления и подписания мною «Информированного добровольного согласия на проведение консультации» не требуется, и я даю свое согласие на их проведение.

-Мне в доступной форме 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.

-Я поставлен(а) в известность, что целью медицинского вмешательства является получение благоприятного результата лечения, предотвращение неблагоприятных последствий, осложнений заболевания.

-Мне разъяснены основные этапы и ход медицинского вмешательства, и я не имею по этому поводу вопросов к медперсоналу.

-Мне известно, что для достижения необходимого результата, кроме медицинского вмешательства, я (Пациент) обязан(а) соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности.

-Мне известно, что 100% гарантии хороших результатов как медицинского вмешательства, так и лечения в целом дано быть не может.

-Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Понимаю, что во время медицинского вмешательства, так и после него могут появиться непредвиденные ранее неблагоприятные явления или осложнения. При этом врачи могут быть поставлены перед необходимостью значительно изменить доведённый до моего сведения план лечения. Может потребоваться дополнительное медицинское вмешательство, возможно увеличение сроков лечения. При хирургическом лечении не исключены болевые ощущения во время некоторых манипуляций.

-До моего сведения доведено, что планируемое медицинское вмешательство не связано с устранением непосредственной угрозы для моей (Пациента) жизни, поэтому потребность в нём не является абсолютной. Однако, мне понятно, что длительное откладывание или отказ от медицинского вмешательства приведут к стойким и, возможно, неустранимым нарушениям структуры и функции повреждённых органов и тканей, конечностей или отделов, что в итоге неблагоприятно повлияет на моё (Пациента) здоровье или ухудшит качество жизни.

-Я осведомлён(а), что медицинские вмешательства, включённые в Перечень, могут быть получены мною в рамках обязательного медицинского страхования в государственных структурах здравоохранения, согласно ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 07.03.2018) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

-Я предупреждён(а) о необходимости предоставления медицинской документации, касающейся заболевания, в связи с которым проводится обследование. Я извещён(а) о необходимости предоставления результатов предыдущих исследований.

**Мне разъяснено, что при проявлении осложнений после проведения процедур необходимо обратиться в Медицинское частное учреждение «Медицинский центр «Рамбам» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами.**

**Я поставил(а) в известность врача обо всех моих (Пациента) проблемах со здоровьем, хронических заболеваниях, инфицированностью различными возбудителями, в том числе ВИЧ, гепатит, случаях индивидуальной непереносимости лекарств.**

**Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного медицинского вмешательства.**

**Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне (представляемому) данного медицинского вмешательства врачом Медицинского частного учреждения «Медицинский центр «Рамбам».**

Беседу провел врач \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.)

**Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства**  
\_\_\_\_\_ (подпись)

Пациент (представитель пациента) отказался от проведения медицинского вмешательства  
\_\_\_\_\_ (подпись)