

В связи со сложившейся сложной эпидемиологической ситуацией, в целях выполнения рекомендаций, изложенных в Письме Роспотребнадзора от 10.03.2020 № 02/3853-2020-27 «О мерах по профилактике новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» (вместе с «Рекомендациями по профилактике новой коронавирусной инфекции (COVID-19) среди работников и принятия необходимых мер для недопущения распространения новой коронавирусной инфекции) и в соответствии с ведением Указом Мэра Москвы от 5 марта 2020 г. № 12-УМ (с дополнениями) режима повышенной готовности просим вас ознакомиться с Информированным добровольным согласием пациента на оказание услуги и после снятия ограничительных мер по передвижению прийти в клинику и подписать бумажный вариант.

**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**

Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия Имя Отчество полностью)  
дата рождения: \_\_\_\_\_, зарегистрированная (ая) по адресу:

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. № 390н (далее по тексту — «Перечень видов медицинских вмешательств»), при оказании мне, моему ребенку (несовершеннолетнему лицу), недееспособному лицу или ограниченно дееспособному лицу, *(нужное подчеркнуть)* чьим законным представителем

являюсь \_\_\_\_\_  
*(Ф.И.О. ребенка, (несовершеннолетнего лица), недееспособного лица или ограниченно дееспособного лица, от имени которого, выступает законный представитель)*

дата рождения: \_\_\_\_\_, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *(указать адрес ребенка (несовершеннолетнего лица), недееспособного лица или ограниченно дееспособного лица)*  
в ООО «Мама Папа Я».

Я ознакомлен с указанным ниже 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 нижеуказанных видов медицинского вмешательства.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании первичной медико-санитарной помощи моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть):

Код услуги	Название услуги	Кол-во	Сумма к оплате	Оплата	Ставка НДС	СуммаНДС
V01.047.002	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный (удаленная консультация)	1	500.0	500.0	Не облагается	500.0

Мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

-Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения указанной манипуляции (процедуры).

-Мне полностью ясно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения).

-Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

-Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение оперативного лечения сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем органов, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

-Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне заболеваниях, травмах, операциях, в том числе носительстве с ВИЧ инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств

-Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на манипуляцию (процедуру) мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

-Я согласен, что при несоблюдении назначений и рекомендаций, лечащий врач не несет ответственности за результаты моего лечения.

-Я согласен, что в случае ухудшения самочувствия, при появлении первых признаков осложнений на фоне проводимого лечения я должен незамедлительно обратиться к лечащему врачу или заведующему отделением.

-Не возражаю против передачи сведений о моем здоровье (выписки из медицинской карты, информации о диагнозе и способах лечения) в страховую компанию по факсу/электронной почте, либо непосредственно специалистам страховой компании. При этом прошу обеспечить при передаче надлежащую охрану информации, составляющей врачебную тайну и избежать доступа к такой информации третьих лиц.

- Я уведомлён о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- Я даю согласие на оказание медицинской помощи на платной основе;

Также даю информированное добровольное согласие на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (далее – телемедицинская консультация). В частности, мне разъяснено и понятно, что:

1. Консультации с применением телемедицинских технологий осуществляются в целях: 1) профилактики, сбора, анализа моих жалоб и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием моего здоровья; 2) принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).

2. При проведении консультаций с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного лечения при условии установления им диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации).

3. Дистанционное наблюдение за состоянием моего здоровья назначается лечащим врачом после очного приема (осмотра, консультации). Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства, потребовать его (их) прекращения.

Я осознаю, что в результате телемедицинской консультации лечащий врач может прийти к выводу о необходимости очного приема (осмотра, консультации). Я понимаю, что постановка диагноза на телемедицинской консультации невозможна, а коррекция ранее назначенного лечения возможна при условии установления диагноза и назначения лечения на очном приеме. Я понимаю, что несообщение врачу сведений о состоянии моего здоровья, несоблюдение рекомендаций врача (в том числе о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях) и самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья и результатах телемедицинской консультации. Я полностью понимаю суть изложенного, мне даны ответы на все заданные мною вопросы, я не имею претензий к медицинскому работнику относительно доступности и объема предоставленной мне информации

Подписывая настоящее Информированное добровольное согласие, я удостоверяю, что текст моего Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство при первичном обращении мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

*(Ф.И.О. Пациента/Законного представителя полностью)*

Пациент (Представитель пациента) расписался в моем присутствии: \_\_\_\_\_  
(подпись, дата)

\_\_\_\_\_  
*(Ф.И.О. должность врача (чья подпись))*

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

" " \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

Подписано с помощью электронной подписи

Дополнительная информация для Пациента: Согласно статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации 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. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста — несовершеннолетних-больных наркоманией в возрасте до 16 лет, иных несовершеннолетних в возрасте до 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители после сообщения им информации о состоянии здоровья, результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ним рисках, возможных вариантов медицинского вмешательства, последствиях и результатов лечения.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, 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".

---

(Фамилия Имя Отчество полностью) (подпись) (дата)

Подписано с помощью электронной подписи