

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ЛЕЧЕБНУЮ (ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ) МАНИПУЛЯЦИЮ (ПРОЦЕДУРУ) ПО ДМС

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.

Я _____
дата рождения _____, ЭМК _____, паспорт _____

Получая лечение в ООО "Мама Папа Я" уполномочиваю врача(врачей)

Выполнить мне манипуляцию, процедуру

Код услуги	Название услуги	Кол-во	Сумма к оплате	Оплата	Ставка НДС	СуммаНДС

- ✓ 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.

Пациент _____

Врач _____

лицензия №ЛО-50-01-008145 от 20.10.2016г.

000 "Мама Папа" 5027241130

Врач оказал, а пациент получил

Код услуги	Название услуги	Кол-во	Сумма к оплате	Оплата	Ставка НДС	Сумма НДС
					Не облагается	

Итого:

Услуги, оказанные за наличный расчет- подлежат оплате в кассу поликлиники.

Подписывая данный акт, я подтверждаю свое согласие с объемом и стоимостью услуг, обязуюсь оплатить все содержащиеся в акте услуги(в случае их оказания за наличный расчет). Претензий к качеству, объему и срокам оказания услуг не имею

Пациент _____

Врач _____