

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество – полностью)
(дата рождения: _____, паспорт: № _____,
адрес регистрации: _____),

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 14 лет, или
недееспособных граждан:**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество – полностью)
паспорт: № _____, адрес регистрации: _____), являясь законным
представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного
недееспособным: _____
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина и дата рождения – полностью)

добровольно даю согласие на проведение мне (представляемому) медицинского обследования в ООО «Клиника амбулаторной микрохирургии глаза», на основании представленной врачом 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 случае если в ходе обследования возникает острое состояние, требующее в моих (представляемому) интересах расширения объема медицинского вмешательства, я даю согласие на выполнение мне (представляемому) любых вмешательств, исследований, лечебных мероприятий, которые врач сочтёт необходимым для установления или уточнения диагноза, в соответствии с его профессиональным решением. Со своей стороны согласен(а) оплатить дополнительные услуги в соответствии с прейскурантом цен.

Я обязуюсь поставить 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, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулёзе, инфекциях, передаваемых половым путём, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и её компонентов; сообщить правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я даю согласие на использование сведений о состоянии моего (представляемого) здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при обследовании и лечении, другим гражданам, в том числе должностным лицам, исключительно в целях медицинского обследования и лечения, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе (без указания моего (представляемого) реального имени) и в иных целях с учётом сохранения врачебной тайны.

Я проинформирован о том, что медицинское обследование не является заключительным диагнозом, а является лишь вспомогательным методом диагностики.

Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение и оплату медицинского обследования.

«__» _____ 20__ года

_____/_____
(подпись пациента/пациентки (Ф.И.О.)
/законного представителя

КАРТА ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Мое состояние здоровья (пожалуйста, перечислите хронические заболевания, госпитализации и хирургические вмешательства) _____

- а) ревматизм, сердечные заболевания, высокое кровяное давление ДА НЕТ
- б) аллергия или астма ДА НЕТ
- в) потеря сознания, припадки ДА НЕТ
- г) гепатит ДА НЕТ
- д) диабет ДА НЕТ
- е) опухоль (доброкачественная или злокачественная) ДА НЕТ
- ж) венерические заболевания ДА НЕТ

2. Проводился ли у вас тест на ВИЧ-инфицирование
течение последних 6 месяцев? ДА НЕТ

3. Бывают ли у Вас длительное кровотечение,
связанное с удалением зуба, операцией, травмой? ДА НЕТ

4. Есть ли у Вас проблемы с употреблением алкоголя
или наркотических средств? ДА НЕТ

5. Было ли кодирование от алкоголя или наркотиков? ДА НЕТ

6. Лекарства, которые я принимаю каждый день (перечислите,
пожалуйста, все лекарственные препараты, витамины, биологически активные добавки с
указанием доз и кратности приема препарата)

7. Имеются ли у Вас сердечные датчики? ДА НЕТ

8. Для женщин: беременны ли Вы в настоящее время? ДА НЕТ

9 Мои аллергические реакции (перечислите все аллергические реакции, включая
лекарственные препараты, местные средства (например, латексные перчатки), пищевые
продукты, бытовая химия и т.д.) _____

10. Особые отметки: _____

Я предоставил врачу полную информацию о моем состоянии здоровья, операциях, собственных
лекарственных препаратах, включая также биологически активные добавки и витамины. По
каждому препарату я перечислил название, дозу и кратность приема, а также показал их.

Я понимаю, что неправильная и неполная информация может нанести вред моему здоровью.