



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 с общим планом обследования и лечения

г. Москва

« ____ » _____ 20__ г.

Я, _____

(Ф.И.О. пациента, год рождения)

именуемый(ая) в дальнейшем Пациент(ка),

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, год рождения)

обратившись за медицинской помощью в Медицинское частное учреждение «Медицинский центр «Рамбам», 127055, г. Москва, ул. Образцова, д. 11, стр. 2 и стр. 5 (далее по тексту – Центр) в соответствии и на основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ № 323) **проинформирован(а)** о том, что для определения состояния моего (представляемого) здоровья, получения сведений о наличии у меня (представляемого) того или иного заболевания, состояния, для установления моего (представляемого) медицинского диагноза и дальнейшего планирования и оказания необходимых медицинских услуг, мне (представляемому) необходимо пройти первичный план обследования и дальнейшее лечение. В связи с этим **я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) в Медицинское частное учреждение «Медицинский центр «Рамбам» 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 РФ от 23.04.2012 № 390н, в частности на: *опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию; антропометрическое исследование; термометрию; тонометрию; исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в т.ч. клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиографию; рентгенологические методы обследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в т.ч. внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.*

Я проинформирован(а) и согласен(на), что общий план моего (представляемого) обследования и лечения может включать не только консультации врачей-специалистов Центра, но при необходимости я (представляемый) могу быть направлен на консультации и(или) диагностические мероприятия в другие медицинские организации.

В доступной для меня форме мне 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. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Я согласен(на) на оказание мне (представляемому) данных видов медицинского вмешательства, как на этапе первичного обследования, так и в дальнейшем при оказании мне (представляемому) Центром платных медицинских услуг.

Я удостоверяю, что мне (моему представляемому) не был поставлен диагноз «наркомания» по результатам медицинского освидетельствования в соответствии с Федеральным законом от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».

Я информирован(на), что я имею право отказаться от любых медицинских вмешательств за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ № 323. Мне разъяснено и понятно то, что в соответствии с нормами законодательства такой отказ оформляется в письменной форме.

Я ознакомился(лась) и согласен(на) с: 1) Правилами оказания платных медицинских услуг в Медицинское частное учреждение «Медицинский центр «Рамбам»; 2) Правилами внутреннего распорядка Медицинское частное учреждение «Медицинский центр «Рамбам»; 3) Прейскурантом на медицинские услуги Медицинское частное учреждение «Медицинский центр «Рамбам».

Я проинформирован(а) о том, что несоблюдение указаний Центра (медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне (представляемому) медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего (представляемого) здоровья.

Я информирован(на) о том, что в соответствии со статьей 13 ФЗ № 323 моя (представляемого) медицинская информация, в том числе медицинская документация составляют врачебную тайну. Мне (представляемому) подтверждена гарантия конфиденциальности такой информации, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах в соответствии с законодательством РФ;

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», **я подтверждаю свое согласие** на обработку Центром моих (представляемого) персональных данных, в том числе биометрических, как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых, в целях оказания мне (представляемому) платных медицинских услуг, совершения иных действий, порождающих юридические последствия в отношении меня (представляемого) или других лиц.

Я разрешаю предоставлять мою медицинскую информацию (в т.ч. документацию) всем медицинским работникам и должностным лицам Центра, причастным к данному случаю оказания мне (представляемому) медицинской помощи.

Я разрешаю использовать мою (представляемого) медицинскую информацию (в т.ч. документацию) для проведения контроля качества оказания мне (представляемому) медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых специалистов.

Я разрешаю передавать мне информацию о состоянии моего (представляемого) здоровья в случае неблагоприятного прогноза развития моего (представляемого) заболевания.

Я разрешаю врачам и должностным лицам Центра делать фотографии и видеозаписи, связанные с оказанием мне (представляемому) медицинских услуг и использовать их для научных, образовательных, рекламных, а также целей контроля качества и безопасности медицинской деятельности при условии, что идентификации меня (представляемого) как больного или личности не будет, фото- и видеоматериалы останутся анонимными.

Также **я разрешаю** предоставлять мою (представляемого) медицинскую информацию (в т.ч. документацию)

Пациент (представитель пациента) _____
(подпись, Ф.И.О.)

Беседу провел врач _____
(подпись, Ф.И.О.)