

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КИРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России)

П Р И К А З

12 июля 2023 г.

№ 388 - ОД

г. Киров

О внесении изменений в приказ от 11.07.2023 № 380-ОД "Об утверждении форм документов при оказании платных медицинских услуг в клинике ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России"

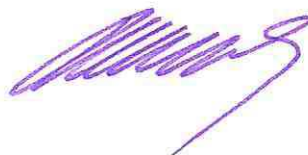
В соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" и Уставом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России (далее – Университет) П Р И К А З Ы В А Ю :

1. Пункт 5 приказа от 11.07.2023 № 380-ОД "Об утверждении форм документов при оказании платных медицинских услуг в клинике ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России" признать утратившим силу

2. Утвердить форму информированного добровольного согласия при оказании платных медицинских услуг согласно приложению 1 к настоящему приказу с 17.07.2023.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Ректор



Л.М. Железнов

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к приказу ФГБОУ ВО
Кировский ГМУ Минздрава России
от 12.07.2023 № 383-02

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я _____ (ФИО)
_____ года рождения, проживающий по адресу: _____

*** Этот раздел бланка заполняется только на малолетних/ несовершеннолетних до 15 лет/ недееспособных граждан:**

Я, паспорт: _____, выдан: _____
являюсь законным представителем лица _____
(Ф.И.О. представляемого полностью, год рождения)

даю согласие на проведение консультации и медицинского вмешательства мне (представляемому), понимаю цель и причины проведения данного вмешательства:

- Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

- Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном структурном подразделении Университета, и обязуюсь их соблюдать;

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований, в частности рентгенологической диагностики и контроля качества лечения, и обязуюсь приходить (обеспечивать явку представляемого) на контрольные осмотры в соответствии с согласованным временем явки. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

- Учитывая физиологические и психологические возрастные особенности, а также неадекватность поведения представляемого, врач может предложить альтернативный метод лечения - лечение под общим наркозом, либо отказать в проведении приема;

- Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил (поставила) 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, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я осведомлен о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков;

- Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками Университета и обучающимися Университета исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

- Я подтверждаю, что прочитал и понял все вышеизложенное и имел возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные вопросы, связанные с лечением и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил удовлетворившие меня ответы, и у меня не осталось не выясненных вопросов к врачу;

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе (представляемого), степени тяжести и характере заболевания моим родственникам, _____ законным _____ представителям, _____ гражданам:

" ____ " _____ 20__ года

Подпись пациента/законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач _____
_____ должность

Подпись врача

* Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении малолетних, несовершеннолетних до 15 лет или граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители с указанием Ф.И.О., данных свидетельства о рождении / паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.