Приложение № 1

к Положению о порядке предоставления платных услуг

**Информированное согласие при обращении пациента за медицинской помощью в муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения городскую клиническую поликлинику №5 (МБУЗ ГКП №5)**

Я, гражданин (ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

года рождения, паспортные данные, адрес,

настоящим подтверждаю нижеследующее:

ознакомлен (а) с правами пациента: предусмотренными ст.18, 20-22, 28, 41 Конституции Российской Федерации; с содержанием основных положений главы 4 «Права и обязанностями граждан в сфере охраны здоровья» Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон), в частности, каждый имеет право на охрану здоровья, право на медицинскую помощь, в том числе бесплатную медицинскую помощь в рамках программы Обязательного медицинского страхования.

Пациент имеет право на (ст.19): выбор врача (с учетом согласия врача) и выбор медицинской организации; получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья; защиту сведений, составляющих врачебную тайну; отказ от медицинского вмешательства. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство (ст.20 Закона), в т.ч. для получения первичной медико-санитарной помощи, а также специализированной медицинской помощи.

Будучи полностью осведомлен(а) о своем заболевании и опасностях, которые создает оно для моего здоровья и жизни, руководствуясь разъяснениями лечащего врача о сути медицинского обследования, современных методах лечения и профилактики заболевания, перспективах и результатах вмешательства, возможных осложнениях, методах и результатах их коррекции, выражаю осознанно свое согласие на медицинское обследование и необходимое лечение.

Даю согласие на следующие медицинские вмешательства, в том числе иные диагностические и лечебные манипуляции:

1.Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза (о жизни, о заболевании);

2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, осмотр склер, зева (полости рта), непрямая ларингоскопия, осмотр кожных покровов, ощупывание лимфоузлов, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование;

3. Антропометрические исследования (измерение роста, веса, пульса, силы мышц, спирографию (измерение функционального объема легких);

4. Тонометрию (измерение давления), термометрию (измерение температуры тела);

5. Исследования органов чувств – исследование органа зрения и зрительных функций, исследование органа слуха и слуховых функций, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательных сферы)

6. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические;

7. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, пневматахометрия, кардиотокография (для беременных);

8. Рентгенологические методы обследования, флюорографическое исследование, ультразвуковые исследования;

9. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

10. Медицинский массаж, лечебная физкультура

Я информирован о том, что граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья; граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, и правила поведения пациента в медицинских организациях (ст.27 Федерального закона).

Я проинформирована врачом о том, что: с письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях. Используя мое право в соответствии со ст.13 Федерального закона (подчеркнуть нужный вариант) о врачебной тайне:

1) я не разрешаю предоставлять сведения, составляющие врачебную тайну, никому.

2) я разрешаю предоставлять сведения, составляющие врачебную тайну, только следующим лицам: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заключение: Получив полную информацию о правах и обязанностях граждан в сфере охраны здоровья, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, я обязуюсь добросовестно пользоваться предоставленными мне законом правами и соблюдать обязанности гражданина при оказании мне медицинской помощи в МБУЗ ГКП №5

Мне сообщили, что в соответствии со ст. 13 ФЗ от 21.11.2011 г.  № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», информация о факте моего обращения за медицинской помощью, сведения о состоянии моего здоровья и диагнозе моего заболевания и другие сведения, полученные при обследовании и лечении являются врачебной тайной и могут быть раскрыты только в пределах, установленных законодательством. Кроме того, в соответствии с ФЗ от 27.07.2006 г. № 152  «О персональных данных» должна быть обеспечена конфиденциальность моих персональных данных. Используя свое право, даю свое согласие на передачу из МБУЗ ГКП №5, а также сведений, составляющих врачебную тайну, для проведения проверок оказанной мне медицинской помощи и защиты моих прав в случае их нарушения.

Предупрежден(а) о своем праве на получение информации о состоянии своего здоровья, методах обследования и лечения у любого специалиста при каждом моем посещении МБУЗ ГКП №5.

Пациент  «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_201\_г.   (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Лечащий врач «\_\_\_»\_\_\_\_201\_г.                   (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)