|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| logo |  | **г. Томск, ул. Белинского, 20А**  **✆ 8 (3822) 901-941**  www.multiclinic.ru registratura@multiclinic.ru |

**СОГЛАСИЕ С ОБЩИМ ПЛАНОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ**

**(Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство)**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина, Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего пациента в возрасте до 15 лет (16 лет - для страдающих наркоманией). Нужное подчеркнуть (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

получил(а) от сотрудников ООО «Мульти Клиник», полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я использую свое право, данное мне статьей 84 ФЗ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и выбираю платное оказание медицинских услуг. В данном случае я использую возможность реализовать свое право на необходимую мне медицинскую помощь в режиме свободно выбираемой медицинской помощи, даже если я вправе получить ее в рамках правового режима бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством.

Я даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные 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  Министерства здравоохранения и социального развития  Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством  юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082), которые могут быть осуществлены с учетом Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я предупрежден (а) о необходимости поставить в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщить правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

2. Я информирован (а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

3. Я информирован (а) о том, что моя (моего представляемого) медицинская информация является конфиденциальной в соответствии со статьей 13 ФЗ от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ, мне подтверждена гарантия конфиденциальности сведений, касающихся моего здоровья (здоровья представляемого).

4. Я разрешаю использовать мою (моего представляемого) медицинскую информацию для ведения электронной формы медицинской документации, предоставлять доступ к ней для всех лиц, причастных к случаям оказания мне медицинской помощи в рамках настоящего договора.

5. Я разрешаю передавать мне информацию о состоянии моего здоровья в случае негативного прогноза развития моего заболевания.

6. Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данной медицинской организации и обязан их соблюдать (в соответствии со ст. 27 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ).

7. Я информирован о том, что получение информированного согласия на медицинское вмешательство, а также осуществление мною (моим законным представителем) запросов в медицинскую организацию с согласия пациента или его законного представителя возможно в форме электронных документов с использованием электронной системы исполнителя либо усиленной квалифицированной электронной подписи в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

8. Я подтверждаю, что мне в доступной для меня форме даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий, связанном с ними риске. В частности, мне разъяснено и понятно, что:

9. Я даю информированное добровольное согласие на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (далее – телемедицинская консультация).  В частности, мне разъяснено и понятно, что: 1. Консультации с применением телемедицинских технологий осуществляются в целях: 1) профилактики, сбора, анализа моих жалоб и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием моего здоровья; 2) принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).

9.1. При проведении консультаций с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного лечения при условии установления диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации).

9.2. Дистанционное наблюдение за состоянием здоровья назначается лечащим врачом после очного приема (осмотра, консультации). Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства, потребовать его (их) прекращения.

10. Я осознаю, что в результате телемедицинской консультации лечащий врач может прийти к выводу о необходимости очного приема (осмотра, консультации). Я понимаю, что постановка диагноза на телемедицинской консультации невозможна, а коррекция ранее назначенного лечения возможна при условии установления диагноза и назначения лечения на очном приеме.

11. Я понимаю, что несообщение врачу сведений о состоянии моего здоровья, несоблюдение рекомендаций врача (в том числе о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях) и самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья, результатах консультации и лечения. Я полностью понимаю суть изложенного, я имел возможность задать вопросы о содержании настоящего документа до его подписания, я не имею вопросов относительно доступности и объема предоставленной мне информации.

Подписывая настоящее Информированное добровольное согласие, я удостоверяю, что текст моего Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство при первичном обращении мною прочитан. Настоящий документ подтверждает информированное добровольное согласие на проведение исполнителем в последующем аналогичных медицинских манипуляций мне (представляемому), объем и стоимость выполнения которых согласовывается отдельно. Настоящее согласие дано на неопределенный срок. Я информирован (а), что данное согласие я могу отозвать в любое время до начала выполнения медицинской манипуляции. Я внимательно ознакомился (ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Разрешаю, предоставлять информацию о диагнозе, степени тяжести и характере заболевания, а также иные сведения, составляющие персональные данные (врачебную тайну), в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» следующим гражданам:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон).

12. Я согласен на получение сведений: время приема у специалиста, время проведения процедур и манипуляций, акции, новые услуги Центра посредством:

электронной почты на электронный адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, посредством СМС-сообщений или звонков на мобильный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**\***Пациент (законный представитель пациента) имеет право собственноручно вносить в текст данного информированного согласия дополнения, связанные с его правом на добровольность такового.

|  |  |
| --- | --- |
| **Пациент (законный представитель):**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) (Ф.И.О.) | **Представитель ООО «Мульти Клиник»:**  Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) (Ф.И.О.) |

\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_