

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

{{ Документ.Дата }}

Я, {{ Пациент.Фамилия }} {{ Пациент.Имя }} {{ Пациент.Отчество }} {{ Пациент.Дата рождения }} {{ Пациент.Тип документа }} {{ Пациент.Серия }} {{ Пациент.Номер }} {{ Пациент.Кем выдан }} {{ Пациент.Дата выдачи }} являясь Потребителем/ Заказчиком, даю информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства при оказании мне медицинских услуг в ООО «Би Клиник» сеть медицинских центров b clinic. Лицензия ЛО41-01073-53/01027901 от 19.01.2024, выдана Министерством здравоохранения Новгородской области

Я добровольно обращаюсь за медицинской помощью в ООО «Би Клиник» сеть медицинских центров b clinic предоставляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья и соглашаюсь на проведение осмотра, манипуляции и исследования, для получения максимально полной картины состояния органов, диагностики и назначения предварительного плана лечения, для возможности врача согласовать этот план со мной. С прейскурантом ознакомлен.

Я в доступной и понятной мне форме информирован/а/ врачом о результатах предварительного осмотра, получил/а/ сведения о результатах диагностического исследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, обоснование необходимости лечения, методах лечения, связанных с вмешательством рисках.

Я информирован/а/ о предполагаемом плане лечения, существующих утверждённых методиках лечения, используемых лекарственных препаратах; мною заданы все вопросы, необходимые для полного понимания сути и способов лечения, и получены на них исчерпывающие ответы.

Я осведомлен/а/, что в процессе медицинского вмешательства может возникнуть необходимость изменения назначенного первоначально лечения из-за возникшей клинической необходимости, а также необходимость назначения дополнительных исследований и процедур, которые мне будет необходимо пройти в процессе лечения.

Все указанные изменения и дополнения будут назначаться мне заблаговременно и разъясняться.

Я предупрежден/а/ о поведении в период амбулаторного лечения, мной получены и поняты рекомендации врача о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях, явках на контрольные осмотры и исследования. Я понимаю, что невыполнение этих рекомендаций может привести к ухудшению моего здоровья, и снижению эффективности лечения по моей вине. Из-за этого лечебно-оздоровительный центр ООО «Би Клиник» сеть медицинских центров b clinic не сможет предоставить мне гарантии выздоровления, и я не буду иметь в этом случае претензий к врачу и лечебно-оздоровительному центру.

Мне разъяснено, кроме того, что лечебные процедуры могут быть прерваны врачом или отменены из-за их неадекватной плохой переносимости моим организмом, из-за недостаточной исходной подготовленности организма к этим процедурам или при отсутствии положительного результата воздействия. По тем же причинам врачом могут быть заменены лекарственные препараты.

Я знаю, что имею право отказаться от предложенного лечения на любом этапе его осуществления. В то же время, мне разъяснены все возможные последствия этого шага при имеющемся заболевании и его возможном прогрессировании при незавершённом лечении. В этом случае я не буду иметь никаких претензий к лечебно-оздоровительному центру ООО «Би Клиник» сеть медицинских центров b clinic

Я понимаю, что в процессе оказания мне услуг возможны нештатные ситуации разного рода, предвидеть которые в момент оформления данного документа невозможно, и признаю право лечебного учреждения выходить из этих ситуаций по своему усмотрению, даже если это связано с неудобствами для меня, но не повредит при этом моему здоровью.

Я понимаю, что реакция каждого организма, и моего тоже, на медицинское вмешательство непредсказуема и индивидуальна, и различные осложнения возможны. Я ознакомлен/а/ с тем, какие могут возникнуть осложнения.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я даю согласие на медицинское вмешательство и лечение на предложенных условиях.

Потребитель/Заказчик _____ /{{ Пациент.Фамилия }} {{ Пациент.Имя }} {{ Пациент.Отчество }}

ОБРАЗЕЦ