

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

Я _____, _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____ 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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее -Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в медицинской организации: ООО Центр инновационных медицинских технологий» ИНН 7701362604, ОГРН 1137746528710, адрес местонахождения: 115191 Москва, Духовской пер., д. 22Б, лицензия на осуществление медицинской деятельности от 18.02.2020 г. № ЛО-77-01-019644 (далее – Клиника)

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. 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).

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

3.Дистанционное наблюдение за состоянием моего здоровья назначается лечащим врачом после очного приема (осмотра, консультации).

4.Настоящее согласие действует на время получения первичной медикосоциальной помощи в Клинике на все время получения помощи в ней.

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. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

_____ 2020 г.