

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной и специализированной медико-санитарной помощи

Я, **Тестов Тест Тестович**, **11.09.1980** г. рождения, проживающий по адресу: **Россия, Липецкая обл, г Липецк, ул Советская**, даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств при выборе врача и медицинской организации для получения первичной и специализированной медико-санитарной помощи (Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, в том числе врачом психиатром. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование, ректальное исследование. Антропометрические исследования. Термометрия. Тонометрия. Неинвазивные исследования органов зрения и слуха, зрительных и слуховых функций. Исследование функций нервной системы. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления и/или электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных), урофлоуметрия. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) рентгеноденситометрия и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, магнитно-резонансное исследование. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, внутрисуставно. Медицинский массаж. Лечебная физкультура) для получения первичной и специализированной медико-санитарной помощи / получения первичной и специализированной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Медико-Хирургическая Клиника».

Медицинским работником **Главный врач Тамбовская Елена Алексеевна** 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. 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».

(Стороны договорились, что посредством простой электронной подписи они вправе подписать договоры на оказание платных медицинских услуг / приложения к договору с перечнем предоставленных платных медицинских услуг и их объема / информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, а также прочие юридически значимые сообщения и документы, которые признаются электронными документами, равнозначным документам на бумажном носителе, подписанными собственноручной подписью Пациента и уполномоченного сотрудника Исполнителя.

Стороны договорились о том, что информация в электронной форме, подписанная Простой электронной подписью Пациента (также - простая электронная подпись, аналог собственноручной подписи), здесь и далее обозначает электронную подпись, которая посредством использования кодов, паролей или иных средств подтверждает факт формирования электронной подписи определенным лицом, паспортные данные которого указаны в настоящем договоре, в соответствии с положениями Федерального закона от 06.04.2011 №63-ФЗ "Об электронной подписи"), признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью Пациента (также - электронный документ, сообщения, поручения).

Пациент соглашается с тем, что фактом подписания электронных документов с использованием простой электронной подписи, предусмотренной настоящим разделом договора, Пациент подтверждает, что до такого подписания он ознакомился с содержанием этих электронных документов (договором, приложениями к нему, информированным добровольным согласием на медицинское вмешательство и т.д., и т.п.), а также иных документов, ссылка на которые содержится в электронных документах, подписываемых Пациентом.

Пациент, подписывая электронные документы: согласие субъекта на обработку персональных данных, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и т.д., и т.п., гарантирует Исполнителю и несет ответственность перед ним, за достоверность и правильность предоставленных сведений: Ф.И.О., дата рождения, адрес регистрации или проживания, СНИЛС, номер контактного телефона, паспортные данные. Электронный документ считается подписанным непосредственно Пациентом и в дальнейшем последний не вправе оспаривать данный факт, при этом датой оформления такого электронного документа простой электронной подписью, является дата ввода Пациентом соответствующего одноразового кода (пароля) на устройстве ввода)

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

Тестов Тест Тестович 5454545454

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)


Главный врач Тамбовская Елена Алексеевна

06.03.2024

(дата оформления)