

ФГБУ ДС «Бимлюк» Минздрава России
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ (ОТКАЗ)
НА ВЫПОЛНЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

В соответствии со ст.20 Федерального закона от 21.11.11 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, (Ф.И.О) _____

Дата и год рождения _____, Адрес проживания _____

Мобильный телефон: _____

Паспорт серия _____ № _____ Выдан _____

Являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель, сопровождающий): _____

Ф.И.О. ребёнка _____ Дата и год рождения _____

Получил(а) информацию о состоянии здоровья, характере и объеме необходимых диагностических исследований, которые позволят уточнить диагноз, определить ход дальнейшего обследования и лечения.

Мне разъяснены возможные варианты медицинского вмешательства, связанные с ним риски, возможность развития осложнений и побочных эффектов, а также все возможные последствия в развитии заболевания моего ребенка в случае отказа от предлагаемого лечения. Я имел(а) возможность задать интересующие меня вопросы, касающиеся планируемого медицинского обследования и лечения. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка, в том числе, об аллергических проявлениях, об индивидуальной непереносимости пищевых и лекарственных препаратов, о всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я ознакомлен(а) с правилами внутреннего распорядка, установленными в санатории, обязуюсь их соблюдать. Я прочитал(а) все вышеизложенное, удовлетворен ответами лечащего врача на мои вопросы, доверяю квалификации медицинского персонала.

Я добровольно и осознано даю свое согласие на:

1. Проведение моему ребенку санаторно-курортного лечения включающего: климатолечение, лечебную гимнастику, лечебное плавание, массаж, физиотерапевтическое лечение, электро и магнитотерапию, теплотечение, водолечение.
2. Проведение дополнительного обследования, при необходимости, в кабинете функциональной диагностики, в клинико-биологической лаборатории.
3. Проведение консультации врачей специалистов (ЛОР-врача, стоматолога, ортопеда-травматолога, невролога и др.)
4. Направление ребенка на стационарное лечение в больницы по экстренным показаниям: проведение неотложных диагностических и лечебных мероприятий.
5. На виды определенных медицинских стоматологических вмешательств, на необходимые диагностические (зондирование кариозной полости, перкуссия зубов, рентгенография зубов и челюстей), лечебные мероприятия, включая: обезболивание, удаление временных и/или постоянных зубов; оперативные вмешательства, ПХО ран челюстно-лицевой области, лечение поврежденных зубов. 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. 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 ч.9 ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

Своим согласием доверяю лечащему врачу и другим врачам санатория выбор методов обследования и лечения моего ребенка.

Я подтверждаю, что мой лечащий врач информирован обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка, заявляю об отсутствии (наличии) противопоказаний к пищевым продуктам, лекарственным препаратам, противопоказаний по питанию, режиму, физической нагрузке и другим методам обследования и лечения.

Имеющиеся противопоказания вписать _____

Дополнительная информация _____

Я разрешаю предоставить информацию о диагнозе представляемого мною ребенка, степени тяжести и характере его заболевания, результатах проведенного обследования, методах и объеме проводимого лечения гражданам Ф.И.О. _____

Мобильный телефон: _____

Примечание. При отсутствии законных представителей или невозможности связаться с ними по телефону, в случае необходимости проведения неотложных диагностических и лечебных мероприятий, вопрос о методическом вмешательстве решает консилиум врачей, при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий или дежурный врач, с последующим уведомлением директора санатория (заместителя директора по медицинской части).

Я подтверждаю своей подписью, что выше изложенная информация мною прочитана и мне понятна.

Я даю свое согласие на проведение обследования и лечения в предлагаемом объеме моему ребенку.

Дата _____ Подпись _____ / _____

Я возражаю о конкретном виде лечения _____

Дата _____ Подпись _____ / _____

Врач Ф.И.О. _____

Дата _____ Подпись _____ / _____