

## Информированное согласие

### Я, ПАЦИЕНТ

(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ года рождения,

обратившись за медицинской помощью в ООО «Венгер» клиника превентивной и эстетической медицины «Тебе» (далее по тексту – Клиника) проинформирован о том, что для определения состояния моего здоровья/здоровья Пациента, получения сведений о наличии у меня/Пациента того или иного заболевания, состояния, для установления медицинского диагноза и дальнейшего планирования и оказания необходимых медицинских услуг, мне/Пациенту необходимо пройти первичный план обследования, который включает в себя следующие виды медицинского вмешательства: осмотр врача, лучевые методы исследования, проведение консультаций врачей-специалистов, проведение инструментальных методов исследования, направление на консультацию или иные диагностические мероприятия в другие медицинские организации в случае необходимости.

Я согласен(на) на оказание мне/Пациенту данных видов медицинского вмешательства, как на этапе первичного обследования, так и в дальнейшем при оказании мне/Пациенту Клиникой платных медицинских услуг.

До заключения договора на оказание платных медицинских услуг я получил(а) информацию о ООО «Венгер» клиника превентивной и эстетической медицины «Тебе», о лицензии на право осуществления медицинской деятельности и перечне платных услуг, которые имеет право оказывать ООО «Венгер», а также о ценах на платные услуги, условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, о графике работы медицинских работников и режиме работы учреждения, о контролирурующих органах как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей (их адреса и телефоны).

Мне разъяснено, что пациент может получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

Я согласен(на) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма пациента, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я/Пациент должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

До заключения договора на оказание платных медицинских услуг я уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) 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 Пациента.

Мною добровольно, без какого-либо принуждения, по согласованию с врачом выбраны виды услуг, которые необходимо получить в ООО «Венгер», и согласен (на) оплатить лечение.

Я проинформирован(на), что желаемую мной медицинскую услугу можно получить в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ООО «Венгер».

Я подробно проинформировал(а) врача об аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов и других веществ, о заболеваниях и травмах, которые были у меня/Пациента в течение жизни, хронической сопутствующей патологии.

Я сообщил(а) достоверные сведения о моих/Пациента вредных привычках и наследственных заболеваниях, а также о перенесенных мною/Пациентом операциях и об анестезиологических вмешательствах, о проводившихся ранее косметологических процедурах.

Я ознакомлен(на) с положением о порядке оказания платных медицинских и иных услуг в ООО «Венгер» клиника превентивной и эстетической медицины «Тебе».

У меня была возможность получить полную информацию в ответ на интересующие меня вопросы.

Я ознакомлен(а) с действующими тарифами и согласен(на) оплачивать стоимость медицинской услуги (включая расходные материалы).

Я разрешаю передавать мне информацию о состоянии моего здоровья/здоровья Пациента в случае неблагоприятного прогноза развития моего заболевания/заболевания Пациента.

Я разрешаю врачам и должностным лицам Клиники делать фотографии и видеозаписи, связанные с оказанием мне медицинских услуг и использовать их для научных, образовательных, рекламных, а также целей контроля качества медицинской помощи при условии, что идентификации меня как больного или личности не будет, фото- и видеоматериалы останутся анонимными.

Настоящее согласие мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их оказание.

Настоящее соглашение подписано Заказчиком/Пациентом после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору на оказание платных медицинских услуг.

Я получил(а) экземпляр информированного согласия на руки \_\_\_\_\_ г.

Заказчик/Пациент \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись)