

Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина)

" ____ " _____ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина)

даю информированное добровольное согласие на консультацию врача и диагностику, в том числе включающую:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрию.
5. Тонометрию.
6. Не инвазивные исследования кожи, ее придатков, подкожно-жировой клетчатки.
8. Назначение лабораторных методов обследования, в том числе клинических, биохимических, бактериологических, вирусологических, иммунологических и др.
10. Назначение функциональных методов обследования в ООО «Клинический институт эстетической медицины» ОГРН 1097746722787, ИНН 7704738485, КПП 770401001 адрес: 121099, г. Москва, ул. Новый Арбат, д. 31/12, ком. 1

Я понимаю, что для достижения желаемого результата мне необходимо рассказать врачу о предыдущих медицинских услугах, в том числе о том, где мне их оказывали, какова квалификация врача, назвать методы лечения, препараты и аппараты, которые использовались при оказании услуги, также о противопоказаниях, таких как аллергические реакции, перенесенных хирургических вмешательствах, о хронических заболеваниях, а также об индивидуальной непереносимости к лекарственным средствам и препаратам, используемых при проведении диагностики.

Также до меня донесена информация о том, что вышеуказанные процедуры не могут являться «исчерпывающими», т.е. достаточными для формирования единой программы лечения или проведения косметических процедур (в зависимости от цели диагностики) и могут потребоваться дополнительные исследования. Также мне известно, что указанные процедуры могут оказываться мне бесплатно в рамках государственной программы ОМС, которые я могу получить в мед.учреждении по адресу регистрации.

Мне полностью и в доступной для понимания форме разъяснено, о возможных негативных последствиях проведения вышеуказанных процедур. Также мне известно о квалификации врача, используемых при проведении диагностики препаратах и оборудовании, цели и назначении проведения диагностики.

(подпись) (Ф.И.О. гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

" ____ " _____ г.

(дата оформления)