

**Общество с ограниченной ответственностью**

**«Ясно Вижу»**

241028, Брянская область, город Брянск, проспект Станке Димитрова, дом 94

ОГРН 1173256007000 ИНН/КПП 3257054405/325701001

Филиал глазной клиники ООО «Ясно Вижу»: 108818, г. Москва, ул. Нововатутинская  
3-я, д. 13, корп.2, пом. 3

**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 (ст. 20 Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (с изменениями на 1 июля 2017 года)**

Я, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный: \_\_\_\_\_

даю информированное добровольное согласие на проведение консультаций, обследований и лечение теми методами, которые применяются в ООО «Ясно Вижу» - Филиале глазной клиники ООО «Ясно Вижу» и которые считают необходимыми врачи соответствующей квалификации, обязанные в силу занимаемой должности принимать такие решения. Я получил (-а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел (-а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенные мне консультации, обследование и лечение. Я подтверждаю, что в моих интересах проинформировать лечащего врача обо всех имеющихся у меня и известных мне проблемах со здоровьем и результатах ранее проведенных мне обследований и лечений, индивидуальной непереносимости и аллергических реакциях на следующие лекарственные средства:

О наличии у меня в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний, СПИД (ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и (или) пристрастии к наркотическим препаратам. Я тем самым не буду возлагать ответственность на лечебное учреждение и врачей за последствия, которые могут возникнуть при отсутствии данной информации. Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций и сокрытие информации о состоянии моего здоровья может способствовать риску прогрессирования имеющегося заболевания, либо создания риска возникновения нового заболевания, развитию местных и (или) общих осложнений. ООО «Ясно Вижу» в силу особенностей работы оставляет за собой право равноценной замены врачей соответствующей квалификации без предупреждения пациентов.

Я даю свое 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 года N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть) в ООО «Ясно Вижу» - Филиале глазной клиники ООО «Ясно Вижу»:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр.
3. Термометрия.
4. Тонометрия.
5. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
6. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, мониторинг артериального давления и пульса.
7. Введение и прием лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе парабюльбарно, субконъюнктивально, внутримышечно, внутривенно и применение глазных капель.
8. Взятие биоматериала и проведения исследования (требование о прекращении процедуры не может быть выполнено в связи с тем, что медицинское вмешательство уже было произведено).

\_\_\_\_\_ (должность, ФИО)

Мне в доступной форме 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 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 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 (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон) \_\_\_\_\_

Я подтверждаю, что ознакомлен (-а), понял (-а), согласен (-на) с вышеизложенным  
\_\_\_\_\_ ([Пациент])

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

ТекущаяДата