Приложение № 7

к приказу главного врача

**"Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при оказании медицинских услуг"**

Я, ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

настоящим подтверждаю, что я, как **Потребитель (Заказчик),** при обращении за медицинской услугой получил (получила) необходимую бесплатную, в доступной для меня форме, достоверную информацию и разъяснения:

- о местонахождении краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» министерства здравоохранения Хабаровского края,ОГРН 1022701294571 (далее Учреждение) (680031 г. Хабаровск переулок Пилотов 2), режиме работы, номере лицензии, сроке ее действия, наименовании органа, выдавшего лицензию, квалификации специалистов и наличии у них соответствующих сертификатов, и условиях предоставления бесплатных и платных услуг, видах медицинских услуг, оказываемых бесплатно (в рамках программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и целевых комплексных программ), видах платных услуг, оказываемых медицинским учреждением за счет личных средств граждан или других источников финансирования, льготах для отдельных категорий граждан (при предъявлении соответствующих документов), адресах и телефонах вышестоящих организаций и органа защиты прав потребителей;

- **о праве на уважительное и гуманное отношение** со стороны медицинского и обслуживающего персонала;

- **о сохранении в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью**, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании и лечении, **в соответствии со ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г**.

- **порядке и условиях предоставления услуг**, правилах и условиях эффективного и безопасного получения услуги, возможных последствиях при несоблюдении ответствующих условий и других правах, предусмотренных законодательством об охране здоровья граждан.

- **Я информирован (информирована)** о том, что медицинский персонал Учреждения сделает всё от него зависящее для оказания мне (представляемому) квалифицированной качественной и безопасной медицинской помощи.

- **Я извещен (извещена) о том**, что все медицинские вмешательства, исследования, процедуры и манипуляции в Учреждении осуществляются в соответствии с утвержденными отраслевыми стандартами**;** порядками; санитарными нормами и правилами; стандартными операциями и процедурами, и иными нормативными документами, предусмотренными законодательством Российской Федерации, и могут быть представлены мне для ознакомления по требованию.

- **Я добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому),** в соответствии с назначениями врача: процедур по забору биологического материала; лабораторных методов обследования; функциональных методов обследования; ультразвуковых исследований; опроса; осмотра; антропометрических исследований; термометрии; тонометрии; лечебных мероприятий в соответствии со специализацией врача; а так же введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, при оказании в Учреждении поименованных в данном договоре медицинских услуг.

**-** **В доступной для меня форме мне разъяснены** медицинскими работниками Учреждения цели, характер, методы оказания медицинской помощи, возможных вариантах осуществления медицинского вмешательства и связанных с ними рисках, неблагоприятных эффектах, вероятности развития осложнений, последствиях и предполагаемых результатах; возможности непреднамеренного причинения **мне (представляемому)** вреда здоровью, а так же о моих (представляемого) действиях при подготовке, во время проведения и после окончания медицинского вмешательства.

**- Я уведомлен (уведомлена) о своем праве отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения**, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г.

- **Мне подробно в и доступной форме разъяснены, и я осознаю возможные последствия, которые повлечет для меня (представляемого) отказ от предлагаемого медицинского вмешательства.**

-  **Я извещен (извещена) о необходимости поставить в известность медицинского работника** Учреждения обо всех имеющихся у меня (представляемого) проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

**- Я предупрежден (предупреждена) и осознаю**, что отказ от медицинского вмешательства, несоблюдение рекомендаций медицинских работников, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение, самовольное изменение режима приема препаратов, нарушение рекомендованного лечебно-охранительного режима могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья моего (представляемого);

- **Я согласен (согласна),** на присутствие при осуществлении мне (представляемому) медицинского вмешательства других медицинских работников, студентов медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

- **Я** **разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о результатах проведенного мне (представляемому) медицинского вмешательства моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания, данных лабораторных обследований моим родственникам, законным представителям, гражданам:**

**-Я даю свое добровольное согласие на оказание мне (представляемому) поименованных в настоящем договоре медицинских услуг, в Учреждении.**

**- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие и изъявляю свое желание и волю на осуществление мне (представляемому) в Учреждении медицинского вмешательства в предложенном объеме.**

Все положения и пункты **"Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство при оказании медицинских услуг "** мне, как **Потребителю (Заказчику)** разъяснены и понятны.

ФИО гражданина или его законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО медицинского работника\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата оформления