

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

Я, нижеподписавшийся (-аяся), Пациент
или его Представитель

обратился (-лась) в ООО «Домашний доктор» за медицинскими услугами и добровольно подтверждаю следующее:

Лечащий врач предоставил мне гарантию конфиденциальности передаваемых ему сведений.

Мне предоставлена информация об Учреждении: полное фирменное наименование, адрес местонахождения, режим работы, виды деятельности, сведения о лицензии.

Я получил сведения о медицинских услугах, указанных в перечне определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2012 г. № 390н г. Москва, в т.ч. которые будут мне оказаны: качество оказания, основные потребительские свойства, их стоимость, виды и объемы услуг, условия предоставления и получения услуг, правила (условия и порядок) оказания услуг, правила и условия эффективного и безопасного использования услуг, сведения о квалификации и наличии сертификатов у специалистов, график их работы, место предоставления услуг, а также информацию по адресам и телефонам вышестоящих организаций и органа защиты прав потребителей.

Я подтверждаю, что лечащий врач предоставил мне информацию о правах пациента, а также о состоянии здоровья: наличии заболевания, диагнозе, содержании медицинской помощи, вариантах и результатах обследования, вариантах медицинского вмешательства, прогнозе, последствиях, степени риска.

Я извещен о том, что мне необходимо сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, невозможности выполнения настоящего документа, обязательств по договору, а также предъявлять жалобы, замечания и предложения, в т.ч. должностным лицам и генеральному директору.

Я подтверждаю, что вся информация, предоставленная мне лечащим врачом, является своевременной, необходимой, достоверной, наглядной и доступной.

В связи с вышесказанным, я информирован, добровольно и осознанно согласен на предоставление мне медицинских услуг, которые мне необходимы и являются наиболее оптимальными.

Мне разъяснено и я осознаю, что во время оказания медицинских услуг могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен на то, что вид и тактика оказания медицинских услуг могут быть изменены врачами по их усмотрению.

Любое несогласие с текстом данного документа, а также наличие замечаний, дополнений либо несоответствие представленной информации реальным обстоятельствам, я при его подписании имею возможность собственноручно внести в текст.

Содержание данного документа, являющегося приложением к договору, мною прочитано, полностью понятно и согласовано, что я удостоверяю подписью.

Я даю согласие на обработку своих персональных данных.

Подпись Пациента (Представителя) _____

Подпись лечащего врача _____

Дата _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

Я, нижеподписавшийся (-аяся), Пациент
или его Представитель

обратился (-лась) в ООО «МЦ Домашний доктор» за медицинскими услугами и добровольно подтверждаю следующее:

Лечащий врач предоставил мне гарантию конфиденциальности передаваемых ему сведений.

Мне предоставлена информация об Учреждении: полное фирменное наименование, адрес местонахождения, режим работы, виды деятельности, сведения о лицензии.

Я получил сведения о медицинских услугах, указанных в перечне определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2012 г. № 390н г. Москва, в т.ч. которые будут мне оказаны: качество оказания, основные потребительские свойства, их стоимость, виды и объемы услуг, условия предоставления и получения услуг, правила (условия и порядок) оказания услуг, правила и условия эффективного и безопасного использования услуг, сведения о квалификации и наличии сертификатов у специалистов, график их работы, место предоставления услуг, а также информацию по адресам и телефонам вышестоящих организаций и органа защиты прав потребителей.

Я подтверждаю, что лечащий врач предоставил мне информацию о правах пациента, а также о состоянии здоровья: наличии заболевания, диагнозе, содержании медицинской помощи, вариантах и результатах обследования, вариантах медицинского вмешательства, прогнозе, последствиях, степени риска.

Я извещен о том, что мне необходимо сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, невозможности выполнения настоящего документа, обязательств по договору, а также предъявлять жалобы, замечания и предложения, в т.ч. должностным лицам и генеральному директору.

Я подтверждаю, что вся информация, предоставленная мне лечащим врачом, является своевременной, необходимой, достоверной, наглядной и доступной.

В связи с вышесказанным, я информирован, добровольно и осознанно согласен на предоставление мне медицинских услуг, которые мне необходимы и являются наиболее оптимальными.

Мне разъяснено и я осознаю, что во время оказания медицинских услуг могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен на то, что вид и тактика оказания медицинских услуг могут быть изменены врачами по их усмотрению.

Любое несогласие с текстом данного документа, а также наличие замечаний, дополнений либо несоответствие представленной информации реальным обстоятельствам, я при его подписании имею возможность собственноручно внести в текст.

Содержание данного документа, являющегося приложением к договору, мною прочитано, полностью понятно и согласовано, что я удостоверяю подписью.

Я даю согласие на обработку своих персональных данных.

Подпись Пациента (Представителя) _____

Подпись лечащего врача _____

Дата _____