

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи	
Я,	(Ф.И.О. пациента или его законного представителя, возраст пациента)
зарегистрированный (-ая) по адресу:	
<p>даю информированное добровольное согласие медицинским работникам ООО «Медицинская практика» (ОГРН 1227800003507, ИНН 7842199277, адрес местонахождения: 191124, г. Санкт-Петербург, вн. тер. г. муниципальный округ Смольнинское, ул. Красного Текстильщика, д. 15, литера А, пом. 1-Н, ч.п. 203) на следующие виды медицинских вмешательств: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, лабораторные методы обследования; рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дерматовенерологии; инфекционным болезням; психиатрии-наркологии; фтизиатрии; при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз; медицинскому освидетельствованию на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации.</p> <p>Мне в доступной форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, включая вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.</p> <p>Мне разъяснено, что я имею право отказаться от указанных в настоящем согласии медицинских вмешательств или потребовать их прекращения, о чем необходимо поставить в известность медицинских работников ООО «Медицинская практика» и оформить отказ от медицинского вмешательства в письменной форме.</p> <p>Мне до заключения договора на оказание медицинских услуг (при подписании настоящего информированного добровольного согласия) разъяснено, что мне необходимо уведомить медицинских работников ООО «Медицинская практика», обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной переносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах, о фактах употребления алкоголя, наркотических и токсических средств, а также что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача (его коллег), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой по договору медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.</p> <p>Кроме того, я проинформирован (-на) о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.</p>	
Подпись пациента / представителя пациента (ФИО прописью, подпись): _____	
В соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», я разрешаю передавать составляющие врачебную тайну сведения о моем здоровье/состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) следующим лицам:	
(Ф.И.О. граждан, должностных лиц \ наименование и ОГРН юридического лица)	
Подпись пациента / представителя пациента (ФИО прописью, подпись): _____	
Мне также разъяснена необходимость (обязательность) вакцинации (иммунизации) против кори согласно Постановлению Главного государственного санитарного врача по Санкт-Петербургу от 24.04.2023 N 3 для лиц: 1) не болевших корью; 2) не получивших прививки против кори (не привитых против кори, привитых однократно), 3) не имеющих документов, подтверждающих сведения о перенесенном заболевании или вакцинации, 4) а также при наличии указанных документов с титром антител к вирусу кори ниже защитного уровня по результатам обследования. Настоящим я осознанно и однозначно ОТКАЗЫВАЮСЬ от проведения вакцинации против кори и от проведения анализа на определение титров антител к вирусу кори.	
Подпись пациента / представителя пациента (ФИО прописью, подпись): _____	
Подпись медицинского работника:	(Ф.И.О.)