УФ-4, версия 1

Информированное добровольное согласие на проведение консультации врача

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446), Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н "Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи», Федеральным законом от 07.02.1992 г. № 2300 -1 «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг,

Я, (ф.и.о. пациента, законного представителя) _____
добровольно даю свое согласие на проведение мне консультаций (осмотров, опросов), выполняемых любым медицинским работником ООО «Антериор».

Я понимаю, что врачебная консультация – это обсуждение вопроса, касающегося моего здоровья с врачом, являющимся специалистом в конкретной области медицины. Кроме того, в ходе консультации, по усмотрению врача, может быть произведен мой опрос с целью получения необходимой информации о жизни и здоровье (анамнез), мой осмотр, прощупывание, простукивание внутренних органов, обследование с помощью фонендоскопа (выслушивания звуков), тонометра (измерение артериального давления), термометра (измерение температуры тела) и прочее. При окончании консультации мне будет дано заключение врача, отражающее его профессиональное мнение (предварительный или окончательный диагноз, дальнейший план обследования и лечения, и пр. по усмотрению врача).

Я понимаю, что консультация не принесет мне никакой значимой физической боли. Однако сведения, полученные от врача о состоянии моего здоровья, в ряде случаев могут оказать некоторое психическое влияние, при этом врач предпримет все меры, чтобы оно было минимально.

Я понимаю, что мне могут быть рекомендованы повторные консультации врачей, при этом дополнительного оформления и подписания мною «Информированного добровольного согласия на проведение консультации» не требуется, и я даю свое согласие на их проведение.

Содержание настоящего документа мною прочитано, мне разъяснено и полностью понятно. Дополнительных разъяснений не требуется, что удостоверяю своей подписью.

Врач: _____/_____
фио подпись

Пациент: _____/_____
фио подпись

Дата: _____20____г

УФ-4, версия 1

Информированное добровольное согласие на проведение консультации врача

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446), Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н "Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи», Федеральным законом от 07.02.1992 г. № 2300 -1 «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»

Я, (ф.и.о. пациента, законного представителя) _____
добровольно даю свое согласие на проведение мне консультаций (осмотров, опросов), выполняемых любым медицинским работником ООО «Антериор».

Я понимаю, что врачебная консультация – это обсуждение вопроса, касающегося моего здоровья с врачом, являющимся специалистом в конкретной области медицины. Кроме того, в ходе консультации, по усмотрению врача, может быть произведен мой опрос с целью получения необходимой информации о жизни и здоровье (анамнез), мой осмотр, прощупывание, простукивание внутренних органов, обследование с помощью фонендоскопа (выслушивания звуков), тонометра (измерение артериального давления), термометра (измерение температуры тела) и прочее. При окончании консультации мне будет дано заключение врача, отражающее его профессиональное мнение (предварительный или окончательный диагноз, дальнейший план обследования и лечения, и пр. по усмотрению врача).

Я понимаю, что консультация не принесет мне никакой значимой физической боли. Однако сведения, полученные от врача о состоянии моего здоровья, в ряде случаев могут оказать некоторое психическое влияние, при этом врач предпримет все меры, чтобы оно было минимально.

Я понимаю, что мне могут быть рекомендованы повторные консультации врачей, при этом дополнительного оформления и подписания мною «Информированного добровольного согласия на проведение консультации» не требуется, и я даю свое согласие на их проведение.

Содержание настоящего документа мною прочитано, мне разъяснено и полностью понятно. Дополнительных разъяснений не требуется, что удостоверяю своей подписью.

Врач: _____/_____
фио подпись

Пациент: _____/_____
фио подпись

Дата: _____20____г