Приложение №1 к договору №\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, при получении медико-санитарной помощи в СПб ГБУЗ «Врачебно-физкультурный диспансер Красногвардейского района» и предоставлении платных медицинских услуг**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество — полностью)

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проживающий по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт РФ: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(кем, когда, код подразделения)

**Этот раздел бланка заполняется на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан.**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество — полностью)

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проживающий по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт РФ: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(кем, когда, код подразделения)

**Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование и реквизиты документа, подтверждающие полномочия представителя

На основании ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации», **ДАЮ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ** на все виды медицинского вмешательства в отношении меня (лица, законным представителем которого я являюсь) в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Врачебно-физкультурный диспансер Красногвардейского района» - (далее Исполнитель), в том числе: осмотры профильными специалистами (в т.ч. по индивидуальному плану медицинского осмотра согласно программе УМО); опрос (выявление жалоб, сбор анамнеза, и т.д.); осмотр (пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование и т.д.); антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования (клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические) и т.д.; функциональные методы обследования (электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, эргоспирометрия, PWC 170, велоэргометрия, электроэнцефалография, нагрузочные тестирования) и т.д.; рентгенологические методы обследования, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования и т.д.; введение препаратов по назначению врача (внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно) и т.д.; медицинский массаж, физиотерапевтические методы воздействия, лечебно-диагностические манипуляции с использованием аппаратно-программных комплексов; тейпирование, лечебная физкультура; стоматология терапевтическая и любое другое медицинское вмешательство, в том числе забор биоматериала (кровь венозная, капиллярная) при проведении предварительных, периодических, текущих и этапных медицинских осмотров, врачебно-педагогических наблюдений, углубленного медицинского обследования (далее - УМО) в СПб ГБУЗ «Врачебно-физкультурный диспансер Красногвардейского района», а также непосредственно в месте проведения мероприятий, в том числе в выездной форме с целью систематического контроля за состоянием здоровья лиц, занимающихся физкультурой и спортом, оценки адекватности физических нагрузок состоянию здоровья, восстановления здоровья средствами и методами лечебной физкультуры, получения мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинского заключения о допуске к участию в физкультурных и спортивных мероприятиях (тренировочных мероприятиях и спортивных соревнованиях), мероприятиях по оценке выполнения нормативов испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)». Объем медицинских вмешательств при получении медико-санитарной помощи спортсменами (лицами, занимающимися физической культурой и спортом) определён Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.10.2020г. №1144н.

Я получил(а) полные и всесторонние разъяснения о целях предстоящих медицинских обследований. В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия; предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, так же то, что эта информация будет предоставляться мне врачом-специалистом каждый раз в момент моего обращения к Исполнителю, непосредственно перед медицинским вмешательством. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства. В случае отказа от предложенных мероприятий ответственность за здоровье ребенка несет его родитель или законный представитель (ст.63.64.65 Семейного кодекса Российской Федерации).

Необходимость других методов обследования и лечения будет разъяснена мне дополнительно.

Я ознакомлен(а) с тем, что медицинская помощь в Учреждении организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства РФ от 11.05..2023 №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012г. №1006».

Я ознакомлена(а) с правилами внутреннего распорядка, правилами лечебно-охранительного режима, установленных в Учреждении, и обязуюсь их соблюдать.

Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможных осложнениях в результате проведения диагностических и лечебных процедур, а также о том, что предстоит делать во время их проведения.

Я извещен(а) о том, что мне (или лицу, законным представителем которого я являюсь) необходимо регулярно принимать назначенные лекарственные препараты и выполнять прочие рекомендации лечащего врача, немедленно сообщать о любом ухудшении самочувствия, информировать лечащего врача о приеме любых лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу(ам) достоверную информацию (сведения) о моей (представляемого) спортивной деятельности, характеристиках тренировочных нагрузок, переносимости мною (предоставляемого) тренировочных нагрузок, наличии признаков у меня (представляемого) состояний переутомления, перенапряжения, перетренированности, а также наличии травм, связанных со спортивной деятельностью и их последствий, использовании мною (представляемым) дополнительных средств и методов восстановления после тренировочных и соревновательных нагрузок, поставил(а) в известность врача(ей) обо всех проблемах, связанных с моим (представляемого) здоровьем, в том числе об аллергических реакциях, непереносимости лекарственных препаратов, перенесенных операциях, травмах, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил врачу(ам) правдивые сведения о моей (представляемого) наследственности, а также об употреблении мною (представляемым) алкоголя, наркотических и токсических средств, биологически активных добавок и лекарственных средств, содержащих запрещенные субстанции, использовании методов, отнесенных к понятию запрещенных к применению во время тренировочной и соревновательной деятельности, согласно действующему антидопинговому законодательству.

Я уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинскую услугу, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего (лица, законным представителем которого я являюсь) здоровья.

Я информирован(а) о возможности получения медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я поставлен(а) в известность, что в соответствии со ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023г. №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012г. №1006» (далее – Постановление) я имею право на получение мною (лицом законным представителем которого я являюсь) платных медицинских услуг.

Я подтверждаю, что имел(а) возможность обсудить с медицинским работником все интересующие меня вопросы, связанные с оказанием медицинской помощи, ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно **ДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ** на обследование в предложенном объеме. Мое согласие на медицинское вмешательство является свободным и добровольным, я не испытывал(а) какого-либо давления при принятии решения.

Я добровольно даю своё согласие персоналу Учреждения на предоставление платных медицинских услуг и отказываюсь от предложенной возможности получения бесплатной медицинской помощи за счет государственных средств.

Настоящее согласие на медицинское вмешательство действует бессрочно, либо до его отзыва.

Сведения о выбранных мною лицах, которым 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» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем, которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Настоящее согласие дано мной\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата

Расписался в моем присутствии:

Медработник\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (должность Ф.И.О)

*\* В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».*