ООО «НЕОМЕДЭКС»
Лицензия Л041-01137-77/00644868
от 23.03.2023
ОГРН 1227700740453

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОКАЗАНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Я _____
(ФИО пациента, родителей, законного представителя)

настоящим подтверждаю, что даю согласие на получение медицинской помощи

Я,_____
(Ф.И.О. законного представителя)

В соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и статей 4, 11 и 28 Закона РФ от 02.07.1992 N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» даю информированное добровольное согласие на осуществление в отношении _____ медицинского вмешательства,
(Ф.И.О.пациента)

а именно психиатрической медицинской помощи в клинике ООО «Неомедэкс», имеющем лицензию на осуществление медицинской деятельности № Л041-01137-77/00005336, Департамент здравоохранения города Москвы, 22.03.2022.

Я ознакомлен(а) с особенностями названного медицинского вмешательства.
Я получил(а) информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.
Информация о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах предоставлена мне врачом в доступной форме, с учетом моего психического состояния.
Я получил(а) подробные пояснения в отношении состояния здоровья и заболевания, осведомлен(а) о последствиях отказа от данного лечения и обследования, об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений (результатов и последствий медицинского вмешательства): аллергические реакции и др.
Я имел(а) возможность задать все интересующие вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все интересующие вопросы.

Я даю разрешение лечащему врачу проводить любые диагностические и лечебные мероприятия (в том числе рентгенологические снимки и методы психиатрической психокоррекции), которые он сочтет необходимыми.
Мне была предоставлена вся интересующая информация о состоянии здоровья ребенка, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.
Исключений, запрета либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имею.
Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я также даю согласие на обработку и передачу персональных данных и персональных данных ребенка в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания медицинских услуг.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством моего письменного заявления, которое может быть либо направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручено лично под расписку представителю Оператора.

_____
(Фамилия, инициалы и подпись законного представителя)

_____
(Фамилия и подпись врача психиатра)

Дата: «____» _____ год

Моб тел.:_____

Примечание:
В соответствии со ст. 4, 11 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» согласие подписывает гражданин, достигший 15-летнего возраста, несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет, а также лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на оказание ему психиатрической помощи, психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей.