Информированное добровольное согласие на обследование и лечение

в Клинике

Я, Тест - - 01-01-2016 г.р. , адрес регистрации: МОСКОВСКАЯ ОБЛ,р-н. Клинский,г.Высоковск д. кв. , даю информированное добровольное согласие на обследование и лечение в условиях Клиники КЛИНИКА, предложенные мне.

Врачом  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мне даны разъяснения об условиях пребывания в отделении, об условиях амбулаторного приема, методах лечения и обследования, назначенных врачом и включающих в себя:

клиническое обследование у врачей – специалистов: терапевта, невролога, окулиста и др. по показаниям)

лабораторные исследования (биохимические и клинические анализы крови и мочи и др. по показаниям)

инструментальное исследование (по показаниям)

физиотерапевтическое лечение (по показаниям)

психологическое исследование (по показаниям)

медикаментозную терапию (психофармакотерапия, соматотропная, общеукрепляющая) психотерапию.

Мною получена информация о характере психического расстройства, целях, продолжительности лечения, методах лечебного воздействия, о возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах.

Я информирован(а) о том, что медицинский персонал КЛИНИКА сделает всё от него зависящее для предотвращения осложнений лечения.

Мне сообщили о вероятном течении заболевания при отказе от лечения.

Мне даны разъяснения о моих правах в соответствии с Конституцией РФ, Федеральными Законами РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании».

Я ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка Клиники КЛИНИКА, режимом работы отделения.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья  , заболевания, лечения и получил(а) на них удовлетворительные ответы.

Я осознаю, что предлагаемое лечение не гарантирует полного выздоровления, что для достижения лучшего результата в дальнейшем будет необходимо выполнять рекомендации лечащего врача в отношении приёма поддерживающей терапии.

Я не возражаю, что в Клинике КЛИНИКА будет осуществляться хранение и обработка моих персональных данных , в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона РФ № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 29 декабря 2014 г. N 1604 "О перечнях медицинских противопоказаний, медицинских показаний и медицинских ограничений к управлению транспортным средством", мне противопоказано управление автомобилем.

Я не возражаю, что информация о течении моего заболевания будет использована при проведении научных исследований и в учебном процессе, при строгом сохранении врачебной тайны и персональных данных.

Я разрешаю предоставить информацию о моём заболевании  во время лечения в стационаре следующим лицам:

|  |
| --- |
|  |
|  |

Я не возражаю/возражаю (ненужное зачеркнуть) против предоставления сведений  о моём заболевании из медицинской документации по запросам из других государственных медицинских учреждений психиатрического профиля.

СОГЛАСЕН(НА) с обследованием и лечением в Клинике, Правилами внутреннего распорядка КЛИНИКА, режимом работы отделения, а также с вышеизложенными положениями, обязуюсь им строго следовать.

|  |  |
| --- | --- |
| 30-01-2020 | Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 30-01-2020 | Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |