

Российская Федерация
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ
ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
Автономное учреждение
социального обслуживания населения Тюменской области
"Центр медицинской и социальной реабилитации "Пышма"

ПРИКАЗ

«13» мая 2016 года

№ ОД/008.1

Тюменский район

Об утверждении типовых форм

Во исполнение требований Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», Приказа Минздрава России от 20.12.2012 № 1177н и Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006,

ПРИКАЗЫВАЮ:

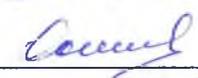
1. Утвердить типовые формы договоров на оказание платных медицинских услуг:
 - 1.1. договор возмездного оказания медицинских услуг, согласно Приложению № 1 к настоящему приказу);
 - 1.2. договор возмездного оказания медицинских услуг несовершеннолетнему (ей), не достигшему (ей) возраста 15 лет, согласно Приложению № 2 к настоящему приказу;
 - 1.3. договор возмездного оказания медицинских услуг несовершеннолетнему (ей), достигшему (ей) возраста 15 лет, согласно Приложению № 3 к настоящему приказу.
2. Утвердить форму информированного добровольного согласия потребителя на медицинское вмешательство, согласно Приложению № 4 к настоящему приказу;
3. Утвердить форму информированного добровольного согласия законного представителя потребителя на медицинское вмешательство, согласно Приложению № 5 к настоящему приказу;
4. Утвердить форму отказа от медицинского вмешательства, согласно Приложению № 6 к настоящему приказу;
5. Главному юрисконсульту Осиповой К.Е. довести настоящий приказ до сведения соответствующих структурных подразделений.
6. Контроль исполнения настоящего приказа возлагаю на заместителя главного врача по медико-социальным вопросам Мелкову И.Б.

Исполнительный директор

А.А. Кузнецовских

С приказом ознакомлены:

Мелкова И.Б.  «13» мая 2016 г.

Осипова К.Е.  «13» мая 2016 г.

АУ СОН ТО «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма»
Адрес: Тюменская область, Тюменский район, 28 км Ялуторовского тракта, № 8.
Тел. 8 (3452) 68-21-00, 68-21-19 (ф.)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**
(на основе Формы, утвержденной Приказом Минздрава России от 20.12.2012 N 1177н)

Я,

_____ (Ф.И.О. Потребителя)

«__» _____ г. рождения, проживающий (ая) по адресу: _____
(адрес места жительства)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082), для получения следующих видов медицинских вмешательств (медицинских услуг):

- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
- осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование;
- 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, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические;
- функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных);
- рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования;
- введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно;
- медицинский массаж;
- лечебная физкультура,

а также следующих видов медицинских вмешательств (медицинских услуг): физиотерапевтические процедуры, фитотерапия, водолечение, рефлексотерапия, аппаратное офтальмологическое лечение, парабальбарные инъекции, подконъюнктивальные инъекции, оказанных мне в АУ СОН ТО «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма».

Медицинским работником _____

(Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства.

Я получил (а) подробные объяснения по поводу состояния моего здоровья, моего заболевания, осведомлен (а) об альтернативных методах лечения, реабилитации и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая анестезию и прием лекарственных средств, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения побочных эффектов и осложнений.

Я ознакомлен (а) со всеми требованиями и рекомендациями, которые обязуюсь соблюдать.

Я предупрежден (а), что несоблюдение требований и/или рекомендаций врача может повлечь за собой не достижение ожидаемого по окончании оказания медицинских услуг результата по вине потребителя.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.

Я получил (а) подробные объяснения по поводу моего заболевания, осведомлен (а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая анестезию и прием лекарственных средств.

Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением:

_____ (указать какие, если имеются исключения)

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях, в т.ч. связанных с введением медицинских препаратов.

Я согласен (а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением: _____

_____ (указать какие, если имеются исключения)

Я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия, которые они сочтут необходимыми.

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.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 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).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 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.

_____ (Ф.И.О. выбранного лица, контактный телефон)

Расписался в моем присутствии:

_____/_____/_____
подпись (Ф.И.О. мед. работника)

_____/_____/_____
подпись (Ф.И.О. законного представителя)

« _____ » _____ Г

АУ СОН ТО «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма»
Адрес: Тюменская область, Тюменский район, 28 км Ялуторовского тракта, № 8.
Тел. 8 (3452) 68-21-00, 68-21-19 (ф.)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПОТРЕБИТЕЛЯ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**
(на основе Формы, утвержденной Приказом Минздрава России от 20.12.2012 N 1177н)

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

« ____ » _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082), для получения следующих видов медицинских вмешательств (медицинских услуг):

- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
- осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование;
- 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, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические;
- функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных);
- рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования;
- введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно;
- медицинский массаж;
- лечебная физкультура,

а также следующих видов медицинских вмешательств (медицинских услуг): физиотерапевтические процедуры, фитотерапия, водолечение, рефлексотерапия, аппаратное офтальмологическое лечение, парабубарные инъекции, подконъюнктивальные инъекции, моему ребенку:

_____ (ФИО ребенка до 15 лет)
« ____ » _____ года рождения

Проживающего по адресу _____
(адрес ребенка до 15 лет)

в АУ СОН ТО «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма».

Медицинским работником _____
(Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства.

Я получил (а) подробные объяснения по поводу состояния здоровья моего ребенка, моего заболевания, осведомлен (а) об альтернативных методах лечения, реабилитации и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая анестезию и прием лекарственных средств, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения побочных эффектов и осложнений.

Я ознакомлен (а) со всеми требованиями и рекомендациями, которые обязуюсь соблюдать.

Я предупрежден (а), что несоблюдение требований и/или рекомендаций врача может повлечь за собой не достижение ожидаемого по окончании оказания медицинских услуг результата по вине потребителя.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.

Я получил (а) подробные объяснения по поводу заболевания моего ребенка, осведомлен (а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая анестезию и прием лекарственных средств.

Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением:

(указать какие, если имеются исключения)

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях, в т.ч. связанных с введением медицинских препаратов.

Я согласен (а) на применение всех необходимых по состоянию здоровья моего ребенка лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением: _____.

(указать какие, если имеются исключения)

Я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия, которые они сочтут необходимыми.

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 потребителя, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 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).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 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 здоровья моего ребенка

(Ф.И.О. выбранного лица, контактный телефон)

Расписался в моем присутствии:

_____/_____/_____
подпись (Ф.И.О. мед. работника)

_____/_____/_____
подпись (Ф.И.О. законного представителя)

« _____ » _____ Г

АУ СОН ТО «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма»
Адрес: Тюменская область, Тюменский район, 28 км Ялуторовского тракта, № 8.
Тел. 8 (3452) 68-21-00, 68-21-19 (ф.)

ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Я, _____
(Ф.И.О.)

« ____ » _____ года рождения,

проживающий по адресу: _____
(адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)

при оказании мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ (Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель)

« ____ » _____ г. рождения

Проживающий по адресу: _____
(адрес ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель)

при оказании медицинской помощи в в АУ СОН ТО «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма» отказываюсь от предложенного мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) следующих видов медицинских вмешательств:

_____ (наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
(Ф.И.О. мед. работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния), в частности: _____ и др.

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

_____ (подпись) (Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя гражданина)

_____ (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

« ____ » _____ г.

дата оформления отказа