



ООО «ТС Клиника»
350015 г. Краснодар ул. Кузнечная д. 2 офис 91
ИНН 2310213725 КПП 231001001
ОГРН 1192375027107 БИК 040349700
Филиал «Южный» ПАО Банк «Уралсиб»
г. Краснодар к/с 30101810400000000700 р/с
40702810047200000914

Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство

(в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»)

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства родителя либо законного представителя)

являясь законным представителем несовершеннолетнего (*отец, мать, усыновитель, попечитель, представитель по доверенности (подчеркнуть)*)

(Ф.И.О. несовершеннолетнего, дата рождения)

даю информированное добровольное согласие на осуществление ему специалистами медицинского центра ООО «ТС Клиника», адрес: 350015, Краснодарский край, Г.О. Город Краснодар, ул. Кузнечная д. 2 офис 91, следующих видов медицинских вмешательств: _____ и прошу персонал медицинского учреждения о их проведении. Оперативное лечение будет проводиться медицинским работником

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

Подтверждаю, что я ознакомлен(а) с характером предстоящей представляемому операции. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения, а также, что проводимое лечение не гарантирует 100% результата. Мне разъяснено, и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен(а) на то, что ход операции и объем вмешательства может быть изменен врачами по их усмотрению. Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, болевого синдрома, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, аллергические реакции и побочные эффекты лекарственных средств, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода. Я предупрежден(а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это. Я знаю, что обязан(а) не скрывать и поставить в известность врача о всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, о всех перенесенных представляемому известных мне заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах, сообщать правдивые сведения о моей наследственности, а также о злоупотреблении алкоголем, наркотическими препаратами или токсическими средствами. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных представляемым и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, о факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Я знаю, что во время операции возможна потеря крови и даю согласие на переливание крови (и ее компонентов). Я согласен(а) на возможную запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны. Я даю согласие на возможное клиническое фотографирование (видеосъемку), понимая, что эти фотографии (видео) останутся собственностью клиники. Если использование этих фотографий может оказаться полезным для научно-медицинских исследований, обучения и повышения хирургических знаний, эти фотографии или связанную с ними информацию можно публиковать в профессиональных журналах или медицинских книгах, или использовать для обучения. Мне разъяснено, что при любых подобных публикациях или использовании мое имя не будет упомянуто. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, а также последствия отказа от оперативного вмешательства и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы. Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и я добровольно даю свое согласие на хирургическое вмешательство. Дополнительных разъяснений мне не требуется, что удостоверяю своей подписью. Я удостоверяю, что текст мною прочитан, я имел(а) возможность задать вопросы и получил(а) на них ответы, полученные объяснения меня удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Я в полной мере ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на вышеуказанную операцию. Я подписываю настоящее информированное согласие, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя, обладая всей информацией для принятия решения, полностью осознавая, что беру на себя ответственность за принятое мной решение (дачу согласия) относительно проводимого представляемому медицинского вмешательства.

В случае возникновения экстренной ситуации, я прошу сообщить информацию о состоянии здоровья представляемого следующим лицам

Tsclinic



THERAPY SURGERY CLINIC

ООО «ТС Клиника»
350015 г. Краснодар ул. Кузнечная д. 2 офис 91
ИНН 2310213725 КПП 231001001
ОГРН 1192375027107 БИК 040349700
Филиал «Южный» ПАО Банк «Уралсиб»
г. Краснодар к/с 30101810400000000700 р/с
40702810047200000914

Телефон: _____

Телефон: _____

Я подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую своей волей и в интересах

(Ф.И.О. несовершеннолетнего, дата)

(подпись)

(Ф.И.О. родителя или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(дата оформления)

Tsclinic