

ООО «ТС Клиника»



THERAPY SURGERY CLINIC

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 ПРОВЕДЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20  
Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я \_\_\_\_\_, являющаяся (-ийся) законным представителем (отец/мать) и действующая(-ий) в интересах несовершеннолетнего пациента \_\_\_\_\_ года рождения, находящегося на лечении (обследовании) в ООО «ТС Клиника», адрес: г. Краснодар, ул. Кузнечная 2 офис 91, добровольно даю свое согласие и прошу персонал клиники о проведении моему ребенку исследования методом ультразвуковой диагностики (далее – УЗИ). Я понимаю, что ультразвуковая диагностика - это неинвазивный, высокоинформативный дополнительный метод диагностики, позволяющий выявить большинство патологий организма. Мне понятно, что врач УЗИ не осуществляет постановку диагноза и для установления диагноза необходимо обратиться к лечащему врачу.

**Сущность метода:** Мне разъяснено, что метод УЗИ основан на разнице в проведении ультразвука тканями организма, которое регистрируется с помощью специального оборудования. К поверхности тела пациента будет приложен специальный датчик, с нанесенным специальным гелем проводящим ультразвук. Я доверяю Врачу принять решение в соответствии с его профессиональным суждением и выполнить другие медицинские действия, связанные с использованием различных режимов работы ультразвукового аппарата, которые врач сочтет обязательным для получения всей необходимой информации.

Я понимаю, что с помощью УЗИ нельзя выявить все изменения в органах. Я информирован(а) о том, что врач измеряет и исследует только те структуры, которые перечислены в протоколе УЗИ.

Я информирован(а) о том, что наличие некоторых особенностей конституции (ожирение), повышенное содержание газов в кишечнике (метеоризм), большое количество оперативных вмешательств в анамнезе, некоторые положения органов снижают диагностические возможности УЗИ.

Я понимаю, что качество оказанной услуги напрямую зависит от сообщенных сведений врачу (достоверной информации о состоянии здоровья пациента). Кроме того, я понимаю, что качество обследования зависит также от подготовки пациента к некоторым видам исследования (например, наполненности мочевого пузыря), сообщенное мне накануне.

Сообщаю, что при предыдущих ультразвуковых исследованиях аллергических реакций на материалы, используемые при УЗИ (гель, латекс) у пациента не было / были (ненужное вычеркнуть), а именно: \_\_\_\_\_

Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе манипуляций, и медицинский персонал дал понятные мне исчерпывающие ответы.

Я ознакомлен(-а) и согласен(-на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и я добровольно даю свое согласие на проведение поименованных манипуляций пациенту.

Телефон: \_\_\_\_\_ « » \_\_\_\_\_ 20\_ года.

Подпись законного представителя \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Подпись врача ультразвуковой диагностики \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / « » \_\_\_\_\_ 20\_ года.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
НА ПРОВЕДЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20  
Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я \_\_\_\_\_, являющаяся (-ийся) законным представителем (отец/мать) и действующая(-ий) в интересах несовершеннолетнего пациента \_\_\_\_\_ года рождения, находящегося на лечении (обследовании) в ООО «ТС Клиника», адрес: г. Краснодар, ул. Кузнечная, 2 офис 91, добровольно даю свое согласие и прошу персонал клиники о проведении моему ребенку исследования методом ультразвуковой диагностики (далее – УЗИ). Я понимаю, что ультразвуковая диагностика - это неинвазивный, высокоинформативный дополнительный метод диагностики, позволяющий выявить большинство патологий организма. Мне понятно, что врач УЗИ не осуществляет постановку диагноза и для установления диагноза необходимо обратиться к лечащему врачу.

**Сущность метода:** Мне разъяснено, что метод УЗИ основан на разнице в проведении ультразвука тканями организма, которое регистрируется с помощью специального оборудования. К поверхности тела пациента будет приложен специальный датчик, с нанесенным специальным гелем проводящим ультразвук. Я доверяю Врачу принять решение в соответствии с его профессиональным суждением и выполнить другие медицинские действия, связанные с использованием различных режимов работы ультразвукового аппарата, которые врач сочтет обязательным для получения всей необходимой информации.

Я понимаю, что с помощью УЗИ нельзя выявить все изменения в органах. Я информирован(а) о том, что врач измеряет и исследует только те структуры, которые перечислены в протоколе УЗИ.

Я информирован(а) о том, что наличие некоторых особенностей конституции (ожирение), повышенное содержание газов в кишечнике (метеоризм), большое количество оперативных вмешательств в анамнезе, некоторые положения органов снижают диагностические возможности УЗИ.

Я понимаю, что качество оказанной услуги напрямую зависит от сообщенных сведений врачу (достоверной информации о состоянии здоровья пациента). Кроме того, я понимаю, что качество обследования зависит также от подготовки пациента к некоторым видам исследования (например, наполненности мочевого пузыря), сообщенное мне накануне.

Сообщаю, что при предыдущих ультразвуковых исследованиях аллергических реакций на материалы, используемые при УЗИ (гель, латекс) у пациента не было / были (ненужное вычеркнуть), а именно: \_\_\_\_\_

Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе манипуляций, и медицинский персонал дал понятные мне исчерпывающие ответы.

Я ознакомлен(-а) и согласен(-на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и я добровольно даю свое согласие на проведение поименованных манипуляций пациенту.

Телефон: \_\_\_\_\_ « » \_\_\_\_\_ 20\_ года

Подпись законного представителя \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Подпись врача ультразвуковой диагностики \_\_\_\_\_ « » \_\_\_\_\_ 20\_ г.

TSclinic