



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

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, _____, «___» _____ г.р., понимаю, что ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) это неинвазивный, высокоинформативный дополнительный метод диагностики, позволяющий выявить большинство патологий организма. Мне понятно, что врач УЗИ не осуществляет постановку диагноза и для установления диагноза, мне 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 моего тела будет приложен специальный датчик, с нанесенным специальным гелем проводящим ультразвук. Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий может возникнуть необходимость ультразвукового исследования внутрисплетным датчиком и заранее даю свое согласие на проведения мне ультразвукового исследования трансректально/трансагинально. 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 моего здоровья). Кроме того, я понимаю, что качество обследования зависит также от моей подготовки к некоторым видам исследования (например, наполненность мочевого пузыря), сообщенное мне накануне.

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

Я согласен(а), чтобы врач УЗИ ООО «ТС Клиника» выполнил ультразвуковое исследование.

**Содержание настоящего документа мною прочитано, мне разъяснено и понятно.
Дополнительных разъяснений не требуется, что удостоверяю своей подписью.**

Подпись пациента _____

«___» _____ 20__ г.

Подпись врача ультразвуковой диагностики _____

«___» _____ 20__ г.

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, _____, «___» _____ г.р., понимаю, что ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) это неинвазивный, высокоинформативный дополнительный метод диагностики, позволяющий выявить большинство патологий организма. Мне понятно, что врач УЗИ не осуществляет постановку диагноза и для установления диагноза, мне 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 моего тела будет приложен специальный датчик, с нанесенным специальным гелем проводящим ультразвук. Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий может возникнуть необходимость ультразвукового исследования внутрисплетным датчиком и заранее даю свое согласие на проведения мне ультразвукового исследования трансректально/трансагинально. 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 моего здоровья). Кроме того, я понимаю, что качество обследования зависит также от моей подготовки к некоторым видам исследования (например, наполненность мочевого пузыря), сообщенное мне накануне.

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

Я согласен(а), чтобы врач УЗИ ООО «ТС Клиника» выполнил ультразвуковое исследование.

**Содержание настоящего документа мною прочитано, мне разъяснено и понятно.
Дополнительных разъяснений не требуется, что удостоверяю своей подписью.**

Подпись пациента _____

«___» _____ 20__ г.

Подпись врача ультразвуковой диагностики _____

«___» _____ 20__ г.

Tsclinic