ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИЦИНСКОЙ УСЛУГИ
УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (УЗИ)
к договору о возмездном оказании медицинских услуг № _____ от _____

г. Ростов-на-Дону

1.Я, _____на основании статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» находясь на лечении в клинике **ООО «Центр флебологии»,** действующее в соответствии с лицензией Л041-01050-61/00349020, выданной Министерством Здравоохранения Ростовской области 13 мая 2020 года, без какого-либо внешнего давления, даю добровольное согласие на проведение ультразвукового исследования (УЗИ) _____.

2. Я проинформирован (а) лечащим врачом о целях, методе оказания медицинской услуги, связанных с ней рисках, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской услуги, в том числе о состоянии своего здоровья.
3. Я поставлен (а) в известность о противопоказаниях для проведения манипуляции и беру на себя ответственность за осложнения, которые могут наступить в связи с сокрытием мною имеющихся у меня противопоказаний.
4. Я доверяю профессиональной квалификации врача и его навыкам по проведению указанной манипуляции.
5. Я прочитал(а) информированное согласие, полностью ориентирована в необходимости проведения, противопоказаниях и возможных осложнениях процедуры. В устной форме мне ответил врач на все интересующие меня дополнительные вопросы, имеющие отношение к манипуляции.
6. Я прочитал(а) и поняла все вышеизложенное, удовлетворена ответами на все мои вопросы и даю добровольное согласие на проведение манипуляции.
7. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, 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».
8. Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 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 или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)
_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя)

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

«_____»_____20____г.

Я свидетельствую, что информировал пациента (его законных представителей) на понятном ему языке о сути, достоинствах, рисках и альтернативах предлагаемого медицинского вмешательства, дал ответы на заданные вопросы. Я полагаю, что пациент (его законные представители) проинформированы должным образом. Лечащий врач _____/_____