**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**
**НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИЦИНСКОЙ УСЛУГИ**
**(консультация)**
**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 консультации врачом _____**.

2. Я даю информированное добровольное согласие на подробные объяснения по поводу моего состояния здоровья, имеющихся заболеваний, рекомендуемых методах дополнительной диагностики и лечения.

3. Я проинформирован(а) медицинским работником ООО «Центр флебологии», об особенностях предстоящей консультации и даю свое согласие на ее проведение.

4. Медицинским работником мне лично разъяснены цели, характер, ход и объем планируемого обследования, а также способы его проведения.

6. Меня ознакомят с планом предполагаемого медикаментозного лечения и действием лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами по согласованию с моим лечащим врачом.

7. Врач обсудит со мной последствия отказа от обследования и лечения. Я получу исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы, с достаточным временем на принятие решения о согласии на предложенное мне обследование и лечение. Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения доверяю врачу.

8. Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния.

9. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрывая никакой информации о состоянии своего здоровья.

10. Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

11. Я доверяю профессиональной квалификации врача и его навыкам по проведению указанной манипуляции.

12. Я прочитал(а) и поняла все вышеизложенное, удовлетворена ответами на все мои вопросы и даю добровольное согласие на проведение консультации.

13. 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».

14. 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.