

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение ультразвукового исследования

Я, _____ года рождения,

проживающий(ая) по адресу: _____

действующая в интересах: _____

(в случае заключения договора в пользу другого лица, либо заключение договора в интересах несовершеннолетнего, недееспособного, ограниченно дееспособного лица).

Даю информированное добровольное согласие на проведение ультразвуковых исследований, проводимых в клинике, согласно действующему прейскуранту, персоналом Общества с ограниченной ответственностью «КЛИНИКА ПРОФЕССОРА КИНЗЕРСКОГО» (ООО «КЛИНИКА ПРОФЕССОРА КИНЗЕРСКОГО»), включенных в перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации, для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздрава России от 23 апреля 2012 года № 390н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 года №24082).

1. Я полностью проинформирован об ультразвуковом методе исследования и том, что он является нерентгеновской диагностической методикой и заключается в получении изображения на основе отражения ультразвуковой волны от тканей и органов.

2. Мне разъяснено, что ультразвуковая диагностика может быть достаточно информативной и эффективной только в случае выполнения мной определенных условий:

- Я осведомлен о том, что ультразвуковое исследование обладает определенными пределами информативности, различными при различных заболеваниях, и существуют ограничения в возможностях визуализации, обусловленные объективными причинами (разрешающая способность аппаратуры, качество подготовки, особенности течения заболеваний и др.). Я также владею информацией о наличии альтернативных методов лучевой диагностики, обладающих при некоторых заболеваниях более высокой, чем УЗИ, информативностью, в силу других физических свойств формирования изображения, обеспечивающих в ряде случаев более высокую разрешающую способность (МРТ, МСКТ, ПЭТ).

- Я подтверждаю, что достоверно проинформировал врача об известных мне заболеваниях и оперативных вмешательствах, в том числе в области исследований, аллергических реакциях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, а также наличии беременности.

- Я подтверждаю, что по требованию врача ультразвуковой диагностики, я предоставил врачу до начала исследования амбулаторную карту (или ее копию), а также всю необходимую медицинскую документацию: данные предыдущих ультразвуковых исследований, а также данные других лучевых методов исследования (МРТ, КТ, рентген и др.), протоколы операций, выписки из стационара и т.д.

3. Мне разъяснена возможность проведения исследования на безвозмездной основе в государственном лечебно-профилактическом учреждении. Я согласен (на) оплатить исследование, я получил(ла) информацию о стоимости исследования, о правилах его оплаты и документах, подтверждающих этот факт. Я признаю необходимость оплаты исследования по ценам действующего перечня тарифов и услуг до проведения мне ультразвукового исследования и выдачи его результатов, в том числе при возникновении расхождений между направлением моего лечащего врача, моей медицинской страховой компании и тем, что я лично считаю необходимым провести и/или мне рекомендовано врачом. В случае, если я имею право на предоставление скидки на исследование, я заблаговременно (до наступления факта оформления платежного документа) предъявил документы, подтверждающие право на скидку согласно «Правилам внутреннего распорядка ООО «КЛИНИКА ПРОФЕССОРА КИНЗЕРСКОГО»».

4. Я подтверждаю, что проинформирован(а) о возможности отказаться от проведения ультразвукового исследования на любом его этапе до получения результатов исследования, сознавая возможность наступления последствий отказа от этой диагностической процедуры для моего здоровья, если она строго рекомендована к проведению моим лечащим врачом.

5. Мне разъяснено, что обязательным юридическим документом, выдающимся по окончании ультразвукового исследования, является протокол и заключение. Ультразвуковое исследование не предполагает обязательную фотодокументацию результатов исследования. Сонограммы выполняются только по решению врача, проводящего исследование, либо по желанию пациента. В этом случае я заранее сообщил(а) об этом врачу и оплатил(а) их стоимость.

6. Я имел(а) возможность задать интересующие меня вопросы врачу перед исследованием.

7. Я согласен на привлечение к осмотру других медицинских специалистов ООО "КЛИНИКА ПРОФЕССОРА КИНЗЕРСКОГО" если это необходимо для обсуждения медицинских данных и принятия коллегиального заключения при условии сохранения врачебной тайны

8. Я ознакомлен(а) со всеми положениями данного информированного согласия, вышеуказанная информация мне разъяснена и понятна, что подтверждаю своей подписью:

При заключении договора в пользу другого лица, либо заключении договора в интересах несовершеннолетнего, недееспособного, ограниченно дееспособного лица настоящее информированное согласие подписывается его представителем.

Подпись пациента/_____

Законного представителя/_____

Расписался в моем присутствии:

Врач:

(Подпись)