ООО "Здоровье" ИНН\КПП 3015071610\301501001 ОГРН 1053000080814
г. Астрахань, ул.Красная Набережная, д.57, тел. 8(512)51-44-00

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в отношении определенного вида медицинского вмешательства

Я, Фамилия Имя Отчество, 00.00.0000 г. рождения, проживающий по адресу: даю информированное добровольное согласие на предложенное мне, медицинское вмешательство:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, вагинальное исследование (для женщин)
3. Антропометрические исследования.
4. Тонометрия.
5. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
6. Функциональные методы обследования, в том числе ультразвуковая диагностика.
7. Оперативное вмешательство.

Медицинским работником _____

должность, Ф.И.О. медицинского работника

в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право отказаться от медицинского вмешательства.

_____ _____

Подпись Ф.И.О.

_____ _____

Подпись Ф.И.О. медицинского работника

Дата 22.01.2025

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, Фамилия Имя Отчество *(Ф.И.О. полностью)* в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ **даю согласие на обработку моих персональных данных.**

Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:
ООО "Здоровье" ИНН\КПП 3015071610\301501001 ОГРН1053000080814
Юридический адрес: Астрахань Красная Набережная 57, тел. 8(512)51-44-00

Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), иные действия.

Общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: внесение персональных данных в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), обмен (прием и передача) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи.

Срок, в течение которого действует согласие: настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Порядок отзыва согласия: отзыв согласия осуществляется путем подачи субъектом персональных данных соответствующего письменного заявления оператору, получившему согласие.

Дата 22.01.2025г.

Подпись гражданина _____ / Фамилия Имя Отчество
Подпись оператора _____ / Трушкина Ольга Валерьевна

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ЖЕЛАНИЮ ЖЕНЩИНЫ

Я, нижеподписавшаяся _____
_____ года рождения в соответствии со ст. 20 и 56 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ настоящим подтверждаю своё согласие на проведение мне искусственного прерывания беременности
медикаментозным способом
путём хирургической операции под обезболиванием

1. Перед направлением на искусственное прерывание беременности (ИПБ) мне предоставлено время для обдумывания и принятия окончательного решения в течении 48 часов. В течение указанного периода я проинформирована о сроке моей беременности, об отсутствии у меня медицинских противопоказаний к вынашиванию данной беременности, мне проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, в процессе которого продемонстрировано изображение и сердцебиение эмбриона _____
я проконсультирована медицинским психологом.

2. Я проинформирована врачом акушер-гинекологом
- о том, что имею право не делать ИПБ и не прерывать беременность;
- о том , что при условии строжайшего соблюдения правил проведения ИПБ могут возникнуть следующие осложнения:
  - бесплодие;
  - обострение хроничеких воспалительных заболеваний;
  - нарушение функции яичников;
  - внематочная беременность;
  - осложнения при вынашивании следующей беременности;
  - кровотечение;
  - психические расстройства;
  - опухолевые процессы в матке;
  - скопление крови в полости матки;
  - остатки плодного яйца, что потребует повторного вмешательства, не исключая удаление придатков матки и матки;
  - осложнения анестезиологического пособия;
  - травма и прободение матки с всевозможными ранениями соседних органов и кровеносных сосудов;
  - кровотечение, что может потребовать расширения объёма операции вплоть до удаления матки и хирургического вмешательства на внутренних органах.

3. Мне даны разъяснения врачом гинекологом:
- о механизме действия назначаемых перед проведением и во время проведения ИПБ лекарственных препаратов для медицинского применения и возможных осложнениях при их применении;
- основных этапах обезболивания;
- необходимости прохождения медицинского обследования;
- УЗИ после проведения ИПБ;
- необходимости приёма лекарственных препаратов в соответствии с назначениями врача;
- режиме поведения - половой жизни, гигиенических мероприятиях и возможных осложнениях при несоблюдении рекомендаций;
- методах предупреждения нежелательной беременности;
- сроках контрольного осмотра.

4. Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы. Мне разъяснены возможность не прибегать к ИПБ и предпочтительность сохранения беременности и вынашиванию ребёнка.

5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ:
Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях ИПБ я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывали давление и я осознанно принимаю решение о проведении мне ИПБ и подтверждаю это своей подписью _____дата _____

6. Я свидетельствую, что разъяснил пациентке суть, ход выполнения, негативные последствия
ИПБ, возможность не прибегать к ИПБ, предпочтительность сохранения беременности и рождения ребёнка, дал ответы на все вопросы.

7. Подтверждаю, что провела УЗИ органов малого таза для демонстрации эмбриона и его сердцебиения.

Врач акушер-гинеколог _____ дата _____