Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения РФ
от 12 ноября 2021 года № 1051н

Информированное добровольное согласие на ультразвуковое исследование

Я_____,_____г.р.
(Ф.И.О. пациента)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:
Я, _____ паспорт: _____, выдан: _____являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

даю информированное добровольное согласие на проведение ультразвукового исследования, включенное 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 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее — Перечень), в

Обществе с ограниченной ответственностью «МЦ «ЛЮКС».
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, Ф. И. О. медицинского работника)

Я полностью проинформирован(а) о методе ультразвукового исследования.

Мне разъяснено, что ультразвуковое исследование может быть достаточно информативной и эффективной только в случае выполнения мной определенных условий:

1. Я, подтверждаю, что достоверно проинформировал(а) врача об известных мне перенесенных или хронических заболеваниях (таких как активная форма туберкулеза; заболевания, передающиеся через кровь, включая гепатиты В или С; вирус иммунодефицита человека); об оперативных вмешательствах в анамнезе, в том числе в области проводимых исследований; об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов; а также о наличии беременности.
2. Я согласен(-на) оплатить исследование, я получил(а) информацию о стоимости исследования, о правилах его оплаты и документах, подтверждающих этот факт.
3. Я признаю необходимость оплаты исследования по ценам действующего перечня платных медицинских услуг до выдачи мне результата, в том числе при возникновении расхождений между направлением моего лечащего врача, моей медицинской страховой организацией и тем, что я лично считаю необходимым провести и/или мне рекомендовано врачом.
4. Я подтверждаю, что информирован(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 разъяснены следующие условия хранения снимков: не допускается хранить снимки под прямыми солнечными лучами и осветительными приборами, вблизи отопительных и нагревательных приборов, в условиях повышенной влажности, подвергать снимки механическим воздействиям.
6. Я имел(а) возможность задать вопросы врачу в рамках проведенного исследования.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан.

Даю согласие на размещение информации в ЭМК и РЭМД.

Я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, я имел(а) возможность задать вопросы и получил(а) на них ответы, полученные объяснения меня удовлетворяют.

Я ознакомлен (а) со всеми требованиями и рекомендациями, которые обязуюсь соблюдать. Я предупрежден (а), что несоблюдение требований и/или рекомендаций врача может повлечь за собой недостижение ожидаемого по окончании оказания медицинских услуг результата по вине пациента.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 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

✓ ***(указать степень родства)*** _____

✓ _____
(*указать Ф.И.О. лица, кому может быть передана информация о пациенте, телефон)*

_____ ✓ _____
(подпись) (Ф. И. О. пациента или законного представителя пациента)

_____ _____
(подпись) (Ф. И. О. медицинского работника)

Дата «____»_____202__г.