**Информированное добровольное согласие на консультативно-диагностический прием в ООО ЦЭМ «Консул СТ»**

Настоящее информированное согласие разработано во исполнение требований: ст. 8, 9, 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»; пункта 14, 28 Постановления Правительства РФ от 04.10.20122 № 1006  ["Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг"](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_136209/); ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и Приказа Минздрава РФ от 12.11.2021 № 1051Н “Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства”

Я, {ФамилияИмяОтчество},

*(фамилия, имя, отчество пациента)*

***Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:***

Я, (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

являюсь законным представителем *(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)* ребенка или лица, признанного недееспособным:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения*

обращаюсь за консультативно-диагностическими услугами.

Я соглашаюсь получить подробные объяснения по поводу моего состояния здоровья, имеющихся заболеваний, рекомендуемых методов дополнительной диагностики, в том числе следующих вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, медицинская фотосъемка.
3. Снятие оттисков и изготовление контрольно-диагностических моделей для анализа.
4. Антропометрические исследования.
5. Термометрия.
6. Тонометрия.
7. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
8. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
9. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
10. Функциональные методы обследования, в том числе мониторирование артериального давления, пульса, сатурации крови, мониторирование электрокардиограммы.
11. Инструментальную функциональную диагностику состояния зубо-челюстной системы с использованием артикулятора и кондилографа.
12. Рентгенологические методы обследования (прицельная рентгенография зубов, панорамная рентгенография челюстей, телерентгенография черепа); комплексная томография ЧЛО.

* Я информирован(а) об альтернативных методах диагностики и преимуществах цифровой рентгенографии перед ними.
* Мне разъяснено, что в ходе выполнения исследования может возникнуть необходимость расширения обследования. Я доверяю врачу принимать соответствующее решение и выполнить действия, которые он сочтет необходимыми для верификации диагноза и контроля лечения.
* Я заявляю, что изложил врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья, беременности, в том числе предполагаемой, проведенных мне оперативных вмешательствах, что зафиксировано в заполненной анкете.

1. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья следующим лицам:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ {Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}

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

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ {ФамилияИмяОтчество}

(подпись) (Ф.И.О. пациента)

{ТекущаяДатаПолная} г.

(дата оформления)

Данное Информированное Добровольное Согласие является неотъемлемой частью медицинской карты