

Информированное добровольное согласие (далее ИДС) на получение медицинской услуги (*нужное отметить*)

- УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА (В-сканирование),
- УЛЬТРАЗВУКОВАЯ БИОМЕТРИЯ ГЛАЗА (А-сканирование)
- КЕРАТОПАХИМЕТРИЯ (ПАХИМЕТРИЯ)
- ВИДЕОКЕРАТОПОГРАФИЯ (КЕРАТОТОПОГРАФИЯ)
- ОПТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАДНЕГО ОТРЕЗКА С ПОМОЩЬЮ КОМПЬЮТЕРНОГО АНАЛИЗАТОРА
- ОПТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕРЕДНЕГО ОТРЕЗКА С ПОМОЩЬЮ КОМПЬЮТЕРНОГО АНАЛИЗАТОРА
- ОПТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГОЛОВКИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА И СЛОЯ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН С ПОМОЩЬЮ КОМПЬЮТЕРНОГО АНАЛИЗАТОРА
- БИОМИКРОФОТОГРАФИЯ ГЛАЗНОГО ДНА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФУНДУС КАМЕРЫ

в Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество гражданина - полностью)

« ____ » _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

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

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)

паспорт: _____ выдан: _____ являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина - полностью)

Дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____ (день, месяц, год)

Для представителя, действующего по доверенности: Доверенность № _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.

даю ИДС на виды медицинских вмешательств в **Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова** медицинским работником (врачом-офтальмологом) _____

(Ф.И.О. медицинского работника)

Я проинформирован(а) о том, что, могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях бесплатно по программам: государственных гарантий; обязательного медицинского страхования, в том числе по месту прикрепления и в других муниципальных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги **за счет личных средств** в Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике "ЛЕНАР" им. академика С.Н. Федорова. Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному.

Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомил(ась) с ИДС и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящее ИДС является неотъемлемой частью первичной медицинской документации.

Я подтверждаю, что решение о получении медицинской услуги является моим собственным, в предложенном мне (представляемому) объеме и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли. Я полностью отдаю себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях. Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего ИДС.

Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести исследование (*нужное отметить на обороте страницы настоящего документа*):

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА (В-сканирование),

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ БИОМЕТРИЯ ГЛАЗА (А-сканирование).

Цель ультразвукового исследования глазного яблока (В-сканирования): выявление патологии сетчатки и стекловидного тела при недостаточной прозрачности оптических сред и объективная оценка акустической плотности и однородности исследуемых тканей.

Цель ультразвуковой биометрии глаза (А-сканирование): определение аксиальной длины глаза и определение размера глазных структур.

Метод: В-сканирования проводится через закрытые верхние веки.

Метод: А-сканирование проводится контактно после капельной анестезии.

Возможные/альтернативные варианты медицинской услуги: нет.

Осложнения/противопоказания В-сканирования: нет.

Осложнения/противопоказания А-сканирования: острые воспалительные заболевания глаза и хронические в стадии обострения.

Потребитель (законный представитель/представитель) _____ / _____ «__» _____ 20__ г.
(подпись) (расшифровка подписи)

КЕРАТОПАХИМЕТРИЯ (ПАХИМЕТРИЯ).

Цель: измерение толщины роговицы.

Метод медицинской услуги: исследование проводится контактно после капельной анестезии.

Возможные /альтернативные варианты медицинской услуги: кератопахиметрия (бесконтактный метод).

Осложнения: эрозия роговицы, воспалительные заболевание глаз, аллергическая реакция.

Противопоказания: аллергия на анестетики, воспалительное заболевание глаз, эрозия роговицы.

Потребитель (законный представитель/представитель) _____ / _____ «__» _____ 20__ г.
(подпись) (расшифровка подписи)

ВИДЕОКЕРАТОПОГРАФИЯ (КЕРАТОТОПОГРАФИЯ).

Цель: получение топографической карты передней поверхности роговицы.

Метод медицинской услуги: бесконтактное неинвазивное исследование.

Возможные /альтернативные варианты медицинской услуги: нет.

Осложнения/противопоказания: нет.

Потребитель (законный представитель/представитель) _____ / _____ «__» _____ 20__ г.
(подпись) (расшифровка подписи)

ОПТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАДНЕГО ОТРЕЗКА С ПОМОЩЬЮ КОМПЬЮТЕРНОГО АНАЛИЗАТОРА

ОПТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕРЕДНЕГО ОТРЕЗКА С ПОМОЩЬЮ КОМПЬЮТЕРНОГО АНАЛИЗАТОРА

ОПТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГОЛОВКИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА И СЛОЯ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН С ПОМОЩЬЮ КОМПЬЮТЕРНОГО АНАЛИЗАТОРА

БИОМИКРОФОТОГРАФИЯ ГЛАЗНОГО ДНА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФУНДУС КАМЕРЫ

Цель: диагностирование патологии макулярной зоны, исследование переднего отрезка, исследование головки зрительного нерва на оптическом когерентном томографе, фотография глазного дна.

Метод медицинской услуги: неинвазивное бесконтактное сканирование переднего отрезка сетчатки и головки зрительного нерва.

Возможные /альтернативные варианты медицинской услуги: нет.

Осложнения: нет.

Противопоказания: недостаточная прозрачность оптических сред.

Потребитель (законный представитель/представитель) _____ / _____ «__» _____ 20__ г.
(подпись) (расшифровка подписи)

Настоящее согласие подписано потребителем/законным представителем на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы, в процессе которой Потребитель (законный представитель/представитель) получил полную и подробную информацию об особенностях предлагаемого обследования, консультативно-диагностического исследования и назначений, является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Расписался в моем присутствии: Медицинский работник _____
(Ф.И.О. должность) _____
подпись