

Информированное добровольное согласие (далее ИДС) на получение медицинской услуги
УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА (В-сканирование),
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ БИОМЕТРИЯ ГЛАЗА (А-сканирование) (нужное подчеркнуть)
в Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова.

« ____ » _____ 20 ____ г.

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, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (нужное зачеркнуть) первично медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова** медицинским работником (врачом-офтальмологом) _____

(Ф.И.О. медицинского работника)

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

- ☐ **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 каплевой 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.

Информированное добровольное согласие (далее ИДС) на получение медицинской услуги
ГОНИОСКОПИЯ, ОСМОТР ПЕРИФЕРИИ ГЛАЗНОГО ДНА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРЕХЗЕРКАЛЬНОЙ ЛИНЗЫ ГОЛЬДМАНА
(нужное подчеркнуть) в Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова.

«___» _____ 20___ г.

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, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) первично медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова** медицинским работником (врачом-офтальмологом) _____

(Ф.И.О. медицинского работника)

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

☐ **ГОНИОСКОПИЯ,**

Цель: осмотр угла передней камеры с определением всех его структур.

☐ **ОСМОТР ПЕРИФЕРИИ ГЛАЗНОГО ДНА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРЕХЗЕРКАЛЬНОЙ ЛИНЗЫ ГОЛЬДМАНА.**

Цель: детальный осмотр средней и крайней периферии сетчатки.

Метод медицинской услуги: исследование проводится с использованием трехзеркальной линзы Гольдмана после капельной анестезии.

Возможные /альтернативные варианты медицинской услуги: ультразвуковая биомикроскопия, оптическая когерентная томография.

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

Противопоказания: острые воспалительные заболевания глаз, эрозия роговицы, аллергическая реакция на анестетики.

Я проинформирован(а) о том, что, по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях бесплатно по программам: государственных гарантии; обязательного медицинского страхования, в том числе по месту прикрепления и в других муниципальных

Дополнительное соглашение № _____
на оказание платных медицинских услуг к договору № _____ от «___» _____ 20__ г.

«___» _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью Глазная клиника «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова, осуществляющее медицинскую деятельность в соответствии с лицензией Л041-01173-06/00364112 от 26 августа 2019г., в лице Генерального директора Канкуловой Хайшат Лютовны действующего на основании Устава и, именуемое в дальнейшем – «Исполнитель», с одной стороны, _____, именуемый(ая) в дальнейшем – «Заказчик», с другой стороны по взаимному добровольному согласию, реализуя предоставленные действующим российским законодательством права, заключили настоящее дополнительное соглашение на оказание медицинских услуг (далее – Дополнительное соглашение) в пользу _____, именуемого(ой) в дальнейшем «Потребитель» о нижеследующем:

Предметом дополнительного соглашения является оказание платных медицинских услуг, согласно действующему в настоящий момент Прейскуранту.

1. В стоимость оказываемых медицинских услуг Потребителя/Пациенту входит:

№	Код медицинской услуги	Отметить нужное	Вид медицинской услуги (по тексту договора и дополнительного соглашения- медицинская услуга)	Кол-во	Цена
2.	A23.26.002		Подбор контактной коррекции зрения (жестких контактных газопроницаемых ортокератологических линз)		
3.	Всего к оплате		Цифрами:	Итого кол-во услуг /прописью/:	
			Прописью:		

2. Срок оказания медицинской услуги: с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

М.П. _____ **Генеральный директор** _____ **Х.Л. Канкулова**

Заказчик: _____ / _____
Ф.И.О. _____ подпись _____

Потребитель: _____ / _____
Ф.И.О. _____ подпись _____

АКТ СДАЧИ – ПРИЕМКИ ОКАЗАННЫХ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНОМУ СОГЛАШЕНИЮ № _____ от «___» _____ 20__ г.
К ДОГОВОРУ № _____ от «___» _____ 20__ г.

«___» _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью Глазная клиника «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова, осуществляющее медицинскую деятельность в соответствии с лицензией Л041-01173-06/00364112 от 26 августа 2019г. в лице Генерального директора Канкуловой Хайшат Лютовны действующего на основании Устава и, именуемое в дальнейшем – «Исполнитель», с одной стороны, _____, именуемый(ая) в дальнейшем – «Заказчик», с другой стороны и _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» составили настоящий Акт, о том, что платные услуги указанные в предмете дополнительного соглашения № _____ от «___» _____ 20__ г. предоставлены и оказаны в срок, в полном объеме, и с надлежащим качеством. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания медицинских услуг претензий не имеет. Потребитель/Заказчик подтверждает, что БСО получен на руки, о чем и составлен настоящий Акт.

Подпись лица, выдавшего акт _____ / _____
подпись _____ Ф.И.О. _____

По доверенности «___» _____ 20__ г. № _____

Заказчик: _____ / _____
Ф.И.О. _____ подпись _____

Потребитель: _____ / _____
Ф.И.О. _____ подпись _____

Второй экземпляр акта получен: _____
/подпись/

Информированное добровольное согласие

на виды медицинских вмешательств, включенные 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 на медицинское вмешательство, первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи и на получение медицинской услуги; Стимуляции нормальной функции желтого пятна сетчатки (плеоптическое лечение); Упражнение для восстановления и укрепления бинокулярного зрения; Упражнения для тренировки цилиарной мышцы глаза; Электростимуляция зрительного нерва; Электростимуляция цилиарного тела (*нужное подчеркнуть*)

«___» _____ 20__ г.

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 информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) первично медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова** медицинским работником (**врачом-офтальмологом**)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Осознаю и понимаю свою обязанность полного информирования врача, в связи с чем перед обследованием сообщил все правдивые сведения о наличии у (*нужное отметить*): ☐ меня ☐ ребенка ☐ моего доверителя

непереносимости или аллергической реакции на какие-либо лекарственные препараты; о полученных ранее травмах; обо всех принимаемых медикаментах, БАДах; о своих сопутствующих заболеваниях; об экологических и производственных факторах жизнедеятельности; о наследственности; о злоупотреблении алкоголем, наркотическими и токсическими средствами.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) с составленным врачом планом лечения и назначений лекарственных препаратов для выполнения медицинского вмешательства. В соответствии с планом лечения я доверяю своему лечащему врачу принимать необходимые решения и выполнять любые медицинские действия в ходе лечения с целью достижения наилучшего результата и улучшения моего состояния.

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. N 390н даю согласие на проведение (при необходимости) следующих вмешательств:

1) Бесконтактные методы исследования органа зрения и зрительных функций: 1) Опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза; 2) Определение остроты зрения; 3) Рефрактометрия; 4) Офтальмометрия; 5) Путиллометрия; 6) Пневмотонометрия; 7) Биомикроскопия; 8) Прямая и непрямая офтальмоскопия с помощью бесконтактной линзы, в том числе на миодризе (расширении зрачков) и циклоплегии (расслаблении цилиарной мышцы). Предупрежден(а) о том, что миодриаз сохраняется индивидуально в течение 2-12 часов. У особо чувствительных пациентов расширенный зрачок может сохраняться до 12-24 часов. При этом может быть затруднено управление транспортным средством и работа на близком расстоянии.

Информированное добровольное согласие

«____» _____ 20__ г.

Я, _____, дата рождения: «____» _____ г. даю добровольное информированное согласие на получение/предоставление медицинской услуги в Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клиники «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова, (нужное отметить)

- ☐ мне
- ☐ моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь
- ☐ моему доверителю, лицу, чьим представителем я являюсь

(Ф.И.О., дата рождения, проживающего по адресу)

медицинским работником Общества с ограниченной ответственностью Глазной клиники «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова: _____

(Ф.И.О. медицинского работника)

Обязуюсь сообщить перед обследованием все сведения о наличии у: (нужное отметить)

- ☐ меня
- ☐ ребенка
- ☐ моего доверителя

Я ознакомлен (на) и даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные 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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень).

- я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, а именно: **подбор контактной коррекции (ортокератологических линз).**

- мне (представляемому) согласно доброй воле даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

- я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного мне (представляемому) Обществом с ограниченной ответственностью Глазной клиники «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова, и обязуюсь их соблюдать;

- добровольно даю свое согласие на сдачу анализов в соответствии с назначениями врача, в случае возникшей необходимости;

- я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах консультационных-диагностических исследований, назначений и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

- я извещен(а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных им лекарственных средств;

- я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение и иное могут осложнить процесс консультационно-диагностических исследований, методов лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в т.ч. об аллергических проявлениях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне (представляемому) травмах, о ранее проведенных процедурах или вмешательствах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, которые могут повлиять на процесс обследования или лечения, а также сведения о принимаемых медикаментах.

- я согласен(а) с тем, что используемая техника оказания медицинской помощи, не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Общество с ограниченной ответственностью Глазная клиника "ЛЕНАР" им. академика С.Н. Федорова, не несет ответственности за их возникновение;

- я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую услугу в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клиники "ЛЕНАР" им. академика С.Н. Федорова;

- в доступной для меня форме мне (представляемому) даны разъяснения, я проинформирован, и даю свое согласие на проведение исследований (рефрактометрия, визометрия, тонометрия) для необходимости уточнения данных по моей рефракции обоих глаз в момент обращения;

- я осознаю и понимаю, что в случае изменения рефракции, мне необходимо будет вновь проводить подбор контактной коррекции зрения (жестких контактных газопроницаемых ортокератологических линз) по существующей в Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова схеме подбора линз (ОК—терапии) и последующих систематических осмотрах у врача—офтальмолога.

Информированное добровольное согласие (далее ИДС) на получение медицинской услуги
КЕРАТОПАХИМЕТРИЯ (ПАХИМЕТРИЯ) в Обществе с ограниченной ответственностью
Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова.

« ____ » _____ 20 ____ г.

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, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) первично медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова** медицинским работником (врачом-офтальмологом)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести исследование: **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 заболевания глаз, аллергическая реакция.

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

Я проинформирован(а) о том, что, по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях бесплатно по программам: государственных гарантии; обязательного медицинского страхования, в том числе по месту

Информированное добровольное согласие (далее ИДС) на получение медицинской услуги
ВИДЕОКЕРАТОПОГРАФИЯ (КЕРАТОТОПОГРАФИЯ) в Обществе с ограниченной ответственностью
Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова

« ____ » _____ 20__ г.

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, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) первично медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова** медицинским работником (врачом-офтальмологом)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести исследование: **ВИДЕОКЕРАТОПОГРАФИЯ (КЕРАТОТОПОГРАФИЯ).**

Цель: получение топографической карты передней поверхности роговицы.

Метод медицинской услуги: бесконтактное неинвазивное исследование.

Возможные /альтернативные варианты медицинской услуги: нет.

Осложнения/противопоказания: нет.

Я проинформирован(а) о том, что, по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях бесплатно по программам: государственных гарантии; обязательного медицинского страхования, в том числе по месту

Информированное добровольное согласие (далее ИДС) на получение медицинской услуги
КОМПЬЮТЕРНАЯ ПЕРИМЕТРИЯ (глаукомный тест, макулярный тест (нужное подчеркнуть))
в Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова.

« ____ » _____ 20 ____ г.

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, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) первично медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова** медицинским работником (врачом-офтальмологом)

(Ф.И.О. медицинского работника)

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

- ☐ **КОМПЬЮТЕРНАЯ ПЕРИМЕТРИЯ**
- ☐ **КОМПЬЮТЕРНАЯ ПЕРИМЕТРИЯ (глаукомный тест)**
- ☐ **КОМПЬЮТЕРНАЯ ПЕРИМЕТРИЯ (макулярный тест)**

Цель: выявление локализации и распространенности дефектов полей зрения.

Метод медицинской услуги: компьютерная периметрия.

Возможные/альтернативные варианты медицинской услуги: периметрия по Фёрстеру.

Осложнения/противопоказания: нет.

Информированное добровольное согласие (далее ИДС) на получение медицинской услуги
ПОДБОР КОНТАКТНОЙ КОРРЕКЦИИ ЗРЕНИЯ (оптических, оптико-косметических, торических контактных линз)
в Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова.

«___» _____ 20__ г.

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, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) первично медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова** медицинским работником (врачом-офтальмологом)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести: **ПОДБОР КОНТАКТНОЙ КОРРЕКЦИИ ЗРЕНИЯ (оптических, оптико-косметических, торических контактных линз).**

Цель: коррекция аномалий рефракции.

Метод: сбор анамнеза, определение рефракции (авторефрактометрия), визометрия, обследование переднего отрезка глаза (биомикроскопия, при необходимости с циклоплегией), исследование слезной системы (тест Ширмера, время разрыва слезной пленки). Выбор типа контактных линз, расчет их параметров, диагностическая примерка на глаз, оценка посадки и переносимости контактных линз, обучение пациента манипуляциям с контактными линзами и уходом за ними.

Риски: Гипоксические осложнения (отек и васкуляризация роговицы, лимбальная гиперемия, микроцисты эпителия роговицы, полимегатизм).

Информированное добровольное согласие (далее ИДС) на получение медицинской услуги
КОСМЕТИЧЕСКИХ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ (цвет) в Обществе с ограниченной ответственностью
Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова.

« ____ » _____ 20 ____ г.

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, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) первично медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова** медицинским работником (врачом-офтальмологом)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести: **ПОДБОР КОСМЕТИЧЕСКИХ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ (цвет).**

Цель: изменения цвета глаз, исправление внешнего дефекта (бельмо, рубцы роговицы, аниридия).

Методы: сбор анамнеза, определение рефракции (авторефрактометрия), визометрия, обследование переднего отрезка глаза (биомикроскопия, при необходимости с циклоплегией), исследование слезной системы (тест Ширмера, время разрыва слезной пленки). Выбор типа контактных линз, диагностическая примерка на глаз, оценка посадки и переносимости контактных линз, обучение пациента манипуляциям с контактными косметическими линзами и уходом за ними.

Риски: 1. Гипоксические осложнения (отек и васкуляризация роговицы, лимбальная гиперемия, микроцисты эпителия роговицы, полимегатизм);

Информированное добровольное согласие (далее ИДС) на получение медицинской услуги
МАССАЖ ВЕК МЕДИЦИНСКИЙ в Обществе с ограниченной ответственностью
Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова

« ____ » _____ 20 ____ г.

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, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) первично медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова** медицинским работником (врачом-офтальмологом) _____

(Ф.И.О. медицинского работника)

Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести: **МАССАЖ ВЕК МЕДИЦИНСКИЙ.**

Цель: улучшение оттока секрета из мейбомиевых желез; нормализация функции желез.

Метод медицинской услуги: стеклянной палочкой выводится секрет мейбомиевых желез.

Возможные /альтернативные варианты медицинской услуги: нет.

Осложнения: кератит, конъюнктивит, обострение мейбомита.

Противопоказания: нет

Я проинформирован(а) о том, что, по поводу имеющегося у меня заболевания 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.

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

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

Информированное добровольное согласие (далее ИДС) на получение медицинской услуги
ПОДБОР КОНТАКТНОЙ КОРРЕКЦИИ (ОРТОКЕРАТОЛОГИЧЕСКИХ ЛИНЗ)
в Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова.

« ____ » _____ 20 ____ г.

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, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) первично медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова** медицинским работником (врачом-офтальмологом) _____

(Ф.И.О. медицинского работника)

Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести:
ПОДБОР КОНТАКТНОЙ КОРРЕКЦИИ (ОРТОКЕРАТОЛОГИЧЕСКИХ ЛИНЗ).

Цель: коррекция аномалий рефракции, профилактика прогрессирования миопии.

Метод: сбор анамнеза, определение рефракции, рефрактометрия, офтальмометрия, визометрия, обследование переднего отрезка глаза, биомикроскопия, кератотопография, расчет параметров ортокератологической линзы и выбор типа линзы, диагностическая примерка на глаз, оценка посадки и переносимости ОК-линз. Обучение манипуляциям с ОК-линзами и ухода за ними.

Осложнения/риски: гипоксические осложнения (отек и васкуляризация роговицы, лимбальная гиперемия, микроцисты эпителия роговицы, полимегатизм).

Механические осложнения – эпителиальные повреждения роговицы, индуцированный астигматизм.

Токсико-аллергические осложнения – аллергические конъюнктивиты, эпителиопатии роговицы.

Воспалительные и инфекционные поражения глаз, стерильные инфильтраты, микробные конъюнктивиты и кератиты.

Альтернативные варианты: очковая коррекция; дневные контактные линзы; рефракционная хирургия (по показаниям).

Информированное добровольное согласие (далее ИДС) на получение медицинской услуги
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.

«___» _____ 20__ г.

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, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) первично медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова** медицинским работником (врачом-офтальмологом)

(Ф.И.О. медицинского работника)

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

- ☐ **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**

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

☐ **ОПТИЧЕСКАЯ БИОМЕТРИЯ ГЛАЗА**

☐ **ПРИЕМ (ОСМОТР, КОНСУЛЬТАЦИЯ) ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА**

☐ **ПРИЕМ (ОСМОТР, КОНСУЛЬТАЦИЯ) ВРАЧА-АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМОТОЛОГА**

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

Я, _____ «__» _____ 20__ г.
(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, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) первично медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова** медицинским работником.

☐ **ОПТИЧЕСКАЯ БИОМЕТРИЯ ГЛАЗА.**

Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести исследование врача-офтальмолога _____
(Ф.И.О. медицинского работника)

Цель: определение всех биометрических параметров глаза (передне-задний размер глазного яблока, глубина передней камеры, толщина хрусталика, диаметр роговицы, кератометрия, толщина роговицы и др.).

Метод медицинской услуги: методика определения биометрических параметров бесконтактно на специальном оборудовании.

Возможные /альтернативные варианты медицинской услуги: ультразвуковая биометрия.

Осложнения/противопоказания: нет

☐ **ПРИЕМ (ОСМОТР, КОНСУЛЬТАЦИЯ) ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА**

☐ **ПЕРВИЧНЫЙ**

☐ **ПОВТОРНЫЙ**

Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести исследование врача-терапевта _____
(Ф.И.О. медицинского работника)

Цель: выявление патологии внутренних органов и определение тактики лечения пациента.

Информированное добровольное согласие (далее ИДС) на получение медицинской услуги
ОПТИЧЕСКАЯ БИОМЕТРИЯ ГЛАЗА в Обществе с ограниченной ответственностью
Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова.

« ____ » _____ 20 ____ г.

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, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) первично медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова** медицинским работником (врачом-офтальмологом)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести исследование: **ОПТИЧЕСКАЯ БИОМЕТРИЯ ГЛАЗА.**

Цель: определение всех биометрических параметров глаза (передне-задний размер глазного яблока, глубина передней камеры, толщина хрусталика, диаметр роговицы, кератометрия, толщина роговицы и др.).

Метод медицинской услуги: методика определения биометрических параметров бесконтактно на специальном оборудовании.

Возможные /альтернативные варианты медицинской услуги: ультразвуковая биометрия.

Осложнения/противопоказания: нет

Я проинформирован(а) о том, что, по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях бесплатно по программам: государственных гарантии; обязательного медицинского страхования, в том числе по месту

Информированное добровольное согласие (далее ИДС) на получение медицинской услуги
ПОДБОР ОЧКОВОЙ КОРРЕКЦИИ ЗРЕНИЯ (сложные очки-прогрессивные и астигматические и т.п.)
в Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова.

«___» _____ 20__ г.

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, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) первично медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова** медицинским работником (врачом-офтальмологом)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести: **ПОДБОР ОЧКОВОЙ КОРРЕКЦИИ ЗРЕНИЯ (сложные очки-прогрессивные и астигматические и т.п.)**.

Цель: коррекция аномалий рефракции.

Метод: сбор анамнеза, определение рефракции (авторефрактометрия), визометрия, обследование переднего отрезка глаза (биомикроскопия при необходимости с циклоплегией). Определение основных параметров оптической системы глаза, проведение функциональных тестов, формирования в пробной оправе модели будущих очков, определение остроты зрения и субъективной переносимости.

Риски: 1. Субъективная непереносимость;

2. Астенопические жалобы (усталость и напряжение в глазах, головные боли).

Информированное добровольное согласие (далее ИДС) на получение медицинской услуги
ПРИЕМ (ОСМОТР, КОНСУЛЬТАЦИЯ) ВРАЧА-ОФТАЛЬМОЛОГА (ГЛАВНОГО ВРАЧА, ХИРУРГА, ЛАЗЕРНОГО ХИРУРГА, РЕФРАКЦИОННОГО ВРАЧА, ТЕРАПЕВТА, ЭНДОКРИНОЛОГА, АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМОТОЛОГА) (нужное подчеркнуть)
в Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова.

« ____ » _____ 20 ____ г.

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, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) первично медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова** медицинским работником (врачом-офтальмологом) _____

(Ф.И.О. медицинского работника)

Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести (нужное отметить):

- ☐ ПРИЕМ (ОСМОТР, КОНСУЛЬТАЦИЯ) ВРАЧА-ОФТАЛЬМОЛОГА
- ☐ ПРИЕМ (ОСМОТР, КОНСУЛЬТАЦИЯ) ВРАЧА-ОФТАЛЬМОЛОГА ПЕРВИЧНЫЙ (ГЛАВНОГО ВРАЧА)
- ☐ ПРИЕМ (ОСМОТР, КОНСУЛЬТАЦИЯ) ВРАЧА-ОФТАЛЬМОЛОГА ПЕРВИЧНЫЙ (ХИРУРГА)
- ☐ ПРИЕМ (ОСМОТР, КОНСУЛЬТАЦИЯ) ВРАЧА-ОФТАЛЬМОЛОГА ПЕРВИЧНЫЙ (ЛАЗЕРНОГО ХИРУРГА)
- ☐ ПРИЕМ (ОСМОТР, КОНСУЛЬТАЦИЯ) ВРАЧА-ОФТАЛЬМОЛОГА ПЕРВИЧНЫЙ (РЕФРАКЦИОННОГО ХИРУРГА)

☐ ПЕРВИЧНЫЙ

☐ ПОВТОРНЫЙ

Цель: выявление патологий органа зрения; определение тактики лечения пациента.

Метод медицинской услуги: сбор анамнеза, визуальный осмотр, биомикроскопия, анализ результатов дополнительных инструментальных методов исследования, визуальный осмотр, пальпация, биомикроскопия, офтальмомикроскопия, визуальный и инструментальный осмотр.

Возможные/альтернативные варианты медицинской услуги: нет.

Осложнения/противопоказания: нет.

Информированное добровольное согласие (далее ИДС) на получение медицинской услуги
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВРЕМЕНИ РАЗРЫВА СЛЕЗНОЙ ПЛЕНКИ в Обществе с ограниченной ответственностью
Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова.

« ____ » _____ 20__ г.

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, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) первично медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова** медицинским работником (врачом-офтальмологом) _____

(Ф.И.О. медицинского работника)

Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести исследование: **Определение времени разрыва слезной пленки.**

Цель: определение стабильности слёзной плёнки.

Метод медицинской услуги: определение времени разрыва слезной пленки с помощью окрашивания поверхности глаза флюоресцеиновой тест-полоски.

Возможные /альтернативные варианты медицинской услуги: исследования стабильности слёзной плёнки неинвазивным кератотопографическим тестом.

Осложнения: нет.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость препаратов, используемых для окрашивания слезной жидкости; беременность и период грудного вскармливания; заболевание почек; изъязвления роговой оболочки глаза; свищи конъюнктивального мешка; детский возраст пациента; бронхиальная астма.

Информированное добровольное согласие (далее ИДС) на получение медицинской услуги
РЕФРАКТОМЕТРИЯ в Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова.

«___» _____ 20__ г.

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, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) первично медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова** медицинским работником (врачом-офтальмологом)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести исследование: **РЕФРАКТОМЕТРИЯ**

Цель: определение рефракции глаза.

Метод медицинской услуги: неинвазивный.

Возможные /альтернативные варианты медицинской услуги: скиаскопия, определение рефракции с помощью набора пробных линз.

Осложнения: нет.

Противопоказания: нет.

Я проинформирован(а) о том, что, по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях бесплатно по программам: государственных гарантии; обязательного медицинского страхования, в том числе по месту

Информированное добровольное согласие (далее ИДС) на получение медицинской услуги **ПОДБОР СКЛЕРАЛЬНЫХ ЛИНЗ**
в Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова.

« ____ » _____ 20 ____ г.

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, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) первично медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова** медицинским работником (врачом-офтальмологом) _____

(Ф.И.О. медицинского работника)

Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести: **ПОДБОР СКЛЕРАЛЬНЫХ ЛИНЗ.**

Цель: коррекция аномалий рефракции.

Метод: сбор анамнеза, определение рефракции, рефрактометрия, офтальмометрия, визометрия, обследование переднего отрезка глаза, оптическая когерентная томография (ОКТ), биомикроскопия, кератотопография, расчет параметров склеральных линз, диагностическая примерка на глаз, оценка посадки и переносимости склеральных линз. Обучение манипуляциям со склеральными линзами и ухода за ними.

Осложнения/риски: гипоксические осложнения (отек и васкуляризация роговицы, лимбальная гиперемия, микроцисты эпителия роговицы, полимегатизм).

Механические осложнения – эпителиальные повреждения роговицы, конъюнктивы.

Токсико-аллергические осложнения – аллергические конъюнктивиты, эпителиопатии роговицы.

Воспалительные и инфекционные поражения глаз, стерильные инфильтраты, микробные конъюнктивиты и кератиты.

Альтернативные варианты: очковая коррекция; дневные контактные линзы; рефракционная хирургия (по показаниям).

Информированное добровольное согласие (далее ИДС) на получение медицинской услуги
ПРОМЫВАНИЕ СЛЕЗНЫХ ПУТЕЙ в Обществе с ограниченной ответственностью
Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова

« ____ » _____ 20 ____ г.

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, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) первично медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова** медицинским работником (врачом-офтальмологом)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести: **Промывание слезных путей.**

Цель: проверить проходимость слезоотводящих путей.

Метод: введение в слезные каналы жидкости под умеренным давлением.

Осложнения: травмирование слезных путей, воспаление.

Риски: возможно обострение воспалительного процесса, травмирование слезных путей.

Альтернативные варианты: цветная слезно-носовая проба, рентгенологическое исследование с контрастированием.

Я проинформирован(а) о том, что, по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях бесплатно по программам: государственных гарантии; обязательного медицинского страхования, в том числе по месту

Информированное добровольное согласие (далее ИДС) на получение медицинской услуги
СНЯТИЕ РОГОВИЧНОГО ШВА в Обществе с ограниченной ответственностью
Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова.

« ____ » _____ 20 ____ г.

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, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) первично медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова** медицинским работником (врачом-офтальмологом)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести: **СНЯТИЕ РОГОВИЧНОГО ШВА.**

Цель: снятие роговичного шва.

Метод медицинской услуги: снятие роговичного шва под местной (капельной) анестезией с помощью специальных инструментов.

Возможные /альтернативные варианты медицинской услуги: нет.

Осложнения: эрозия, перфорация роговицы, воспалительные заболевания глаз.

Противопоказания: острые воспалительные заболевания глаз; аллергические реакции.

Я проинформирован(а) о том, что, по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях бесплатно по программам: государственных гарантии; обязательного медицинского страхования, в том числе по месту

Информированное добровольное согласие (далее ИДС) на получение медицинской услуги
ТЕСТ ШИРМЕРА в Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова.

«___» _____ 20__ г.

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, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) первично медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова** медицинским работником (врачом-офтальмологом)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести исследование: **ТЕСТ ШИРМЕРА.**

Цель: определение уровня продукции слезной жидкости.

Метод медицинской услуги: исследование слезопродукции при помощи специальной фильтровальной бумаги.

Возможные /альтернативные варианты медицинской услуги: лактофермированный тест, проба с разведением флуоресцеина.

Осложнения: нет.

Противопоказания: воспалительные заболевания глаз, эрозии, раны роговицы и конъюнктивы.

Я проинформирован(а) о том, что, по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях бесплатно по программам: государственных гарантии; обязательного медицинского страхования, в том числе по месту

Информированное добровольное согласие (далее ИДС) на получение медицинской услуги
ВИДЕОКЕРАТОПОГРАФИЯ (КЕРАТОТОПОГРАФИЯ), КЕРАТОПАХИМЕТРИЯ (ПАХИМЕТРИЯ) (нужное подчеркнуть) в Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова.

« ____ » _____ 20 ____ г.

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, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) первично медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова** медицинским работником (врачом-офтальмологом)

(Ф.И.О. медицинского работника)

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

☐ **ВИДЕОКЕРАТОПОГРАФИЯ (КЕРАТОТОПОГРАФИЯ)**

☐ **КЕРАТОПАХИМЕТРИЯ (ПАХИМЕТРИЯ)**

Цель: получение топографической карты передней и задней поверхности роговицы и измерение ее толщины.

Метод медицинской услуги: бесконтактное неинвазивное исследование.

Возможные /альтернативные варианты медицинской услуги: контактная методика измерения толщины роговицы без кератотопографии; бесконтактная неинвазивная кератотопография без пахиметрии.

Осложнения/противопоказания: нет.

Информированное добровольное согласие (далее ИДС) на получение медицинской услуги
ОФТАЛЬМОТОНОМЕТРИЯ, ТОНОГРАФИЯ, СУТОЧНАЯ ТОНОМЕТРИЯ ГЛАЗА (нужное подчеркнуть)
в Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова.

«___» _____ 20__ г.

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, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) первично медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова** медицинским работником (врачом-офтальмологом)

(Ф.И.О. медицинского работника)

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

☐ **ОФТАЛЬМОТОНОМЕТРИЯ**

Цель: измерение уровня внутриглазного давления.

Метод медицинской услуги: бесконтактный метод пневмотонометрия или контактно после капельной анестезии тонометрия по Маклакову.

☐ **ТОНОГРАФИЯ**

Цель: определение параметров гидродинамики глаза.

Информированное добровольное согласие (далее ИДС) на получение медицинской услуги
ИЗМЕРЕНИЕ УГЛА КОСОГЛАЗИЯ (на синоптофоре) в Обществе с ограниченной ответственностью
Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова.

«___» _____ 20__ г.

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, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) первично медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова** медицинским работником (врачом-офтальмологом)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести исследование: **ИЗМЕРЕНИЕ УГЛА КОСОГЛАЗИЯ (на синоптофоре).**

Цель: определение объективного и субъективного угла косоглазия.

Метод медицинской услуги: определение угла косоглазия специальным прибором.

Возможные /альтернативные варианты медицинской услуги: определение угла косоглазия по Гиршбергу

Осложнения: нет.

Противопоказания: эпилепсия, судороги, возраст до 4 лет, психические заболевания.

Я проинформирован(а) о том, что, по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях бесплатно по программам: государственных гарантии; обязательного медицинского страхования, в том числе по месту

Информированное добровольное согласие (далее ИДС) на получение медицинской услуги
УДАЛЕНИЕ ИНОРОДНОГО ТЕЛА РОГОВИЦЫ в Обществе с ограниченной ответственностью
Глазной клиники «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова.

« ____ » _____ 20 ____ г.

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, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) первично медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова** медицинским работником (врачом-офтальмологом) _____

(Ф.И.О. медицинского работника)

Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести:
УДАЛЕНИЕ ИНОРОДНОГО ТЕЛА РОГОВИЦЫ.

Цель: удаление инородного тела роговицы и восстановление анатомической целостности тканей.

Метод медицинской услуги: под местной анестезией удаление инородного тела роговицы инструментом.

Возможные/альтернативные варианты медицинской услуги: нет.

Осложнения: кератит, язва роговицы, помутнение роговицы.

Противопоказания: нет.

Я проинформирован(а) о том, что, по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях бесплатно по программам: государственных гарантии; 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.



ЛЕНАР



ГЛАЗНАЯ КЛИНИКА

им. академика С. Н. Федорова



Общество
с ограниченной
ответственностью

🌐 www.lenarclinic.com

☎ 8 800 500 70 27 (бесплатно по РФ)

Юр. адрес: 360004, КБР, г. Нальчик, ул. Ногмова, 70, кв.3

☐ 360004, КБР, г. Нальчик, ул. Мальбахова, 21А

тел: +7(8662) 42-42-27, 44-34-25

e-mail: lenarclinic@mail.ru

☐ 357500, СК, г. Пятигорск, ул. Широкая, 113

тел: +7(8793) 31-77-55, 31-77-56

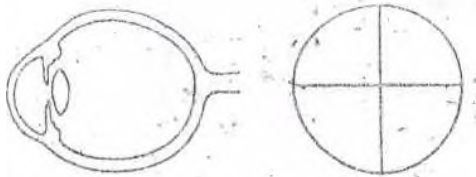
e-mail: lenarlaser@mail.ru

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ОФТАЛЬМОСКОПИРОВАНИЕ OD/OS

На ультрасонограмме в стекловидном теле акустически гетерогенные включения и виде точек, волокон, хлопьев, дтарт, фиксированных, не фиксированных к сетчатой оболочке в _____ области на _____ часах. Отслойки оболочек нет. Отслойка сетчатой, сосудистой оболочек, локальная, субтотальная, тотальная, на высоту до _____ мм, локализующаяся в _____ сегменте. Под сетчаткой, сосудистой оболочкой акустически плотной, средней плотности, прозрачный участок, характерны для гема, эксудата, новообразований. Ретробульбарная область: без патологий; акустически «спокойная зона»,

локализующаяся _____ сегменте.

Канал зрительного нерва: узкий, широкий, обызвествлен, нормальный.



Заключение: _____

Исследование проводил врач: _____

ФИО врача

подпись

« _____ » 20 ____ г.

Информированное добровольное согласие (далее-ИДС) на получение медицинской услуги
ФЛЮОРЕСЦЕНТНАЯ АНГИОГРАФИЯ в Обществе с ограниченной ответственностью
Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова.

« ____ » _____ 20 __ г.

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, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) первично медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова** медицинским работником (врачом-офтальмологом)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести исследование: **ФЛЮОРЕСЦЕНТНАЯ АНГИОГРАФИЯ.**

Цель: диагностирование патологии сосудов сетчатки, сосудистой оболочки и зрительного нерва.

Метод медицинской услуги: внутривенно вводится раствор флюоресцеина с одновременной высокочастотной съемкой глазного дна.

Возможные/альтернативные варианты медицинской услуги: окт-ангиография, ангиография с индоцианином.

Осложнения: анафилактический шок, отек Квинке, головокружение, рвота, тошнота, чихание.

Противопоказания: непереносимость флюоресцеина.

Я проинформирован(а) о том, что, по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях бесплатно по программам: государственных гарантии; 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.

Информированное добровольное согласие (далее ИДС) на получение медицинской услуги
РЕГИСТРАЦИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА (ЭКГ)
в Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова.

«___» _____ 20__ г.

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, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) первично медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова** медицинским работником (врачом-офтальмологом) _____

(Ф.И.О. медицинского работника)

Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести:
РЕГИСТРАЦИЮ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА (ЭКГ).

Цель: инструментальный метод исследования электрофизиологической деятельности сердца с целью диагностики заболеваний сердца.

Метод медицинской услуги: проводится посредством наложения электродов на переднюю стенку грудной клетки в проекции сердца и конечностей, регистрируется разность потенциалов, возникающих в процессе сокращения сердечной мышцы.

Возможные/альтернативные варианты медицинской услуги: нет.

Осложнения/противопоказания: нет.

Я проинформирован(а) о том, что, по поводу имеющегося у меня заболевания 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.

Информированное добровольное согласие (далее ИДС) на получение медицинской услуги
ЭКЗОФТАЛЬМОМЕТРИЯ в Обществе с ограниченной ответственностью
Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова.

« ____ » _____ 20 ____ г.

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, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) первично медико-санитарной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в **Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова** медицинским работником (врачом-офтальмологом)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести исследование: **ЭКЗОФТАЛЬМОМЕТРИЯ.**

Цель: измерение степени выстояния глазного яблока.

Метод медицинской услуги: выявление степени выстояния глазного яблока зеркальным экзофтальмометром.

Возможные /альтернативные варианты медицинской услуги: магнитно-резонансная томография глазной орбиты.

Осложнения/противопоказания: нет.

Я проинформирован(а) о том, что, по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях бесплатно по программам: государственных гарантии; обязательного медицинского страхования, в том числе по месту