

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____ « ____ » _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя) и (дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении _____ « ____ » _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем) и (дата рождения пациента при подписании законным представителем)

проживающего по адресу: _____
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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 <1> (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Обществе с ограниченной ответственностью Глазная клиника «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником ➤ _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

✓ _____
(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

➤ _____
(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« ____ » _____ 20 ____ г.
(дата оформления)

Информированное добровольное согласие на комплекс исследований для диагностики нарушения зрения (диагностика)

« ____ » _____ 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 в **Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова** медицинским работником ➤ _____
(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.

Цель медицинской услуги: выявление патологии органа зрения и определение методов лечения.

Методы оказания медицинской помощи:

1. Бесконтактные методы исследования органов зрения и зрительных функций: 1) сбор анамнеза и жалоб при патологии глаза; 2) визуальное исследование глаза; 3) исследование переднего сегмента глаза методом бокового освещения; 4) исследование сред глаза в проходящем свете; 5) офтальмоскопия; 6) визометрия; 7) измерение угла косоглазия (по Гиршбергу); 8) определение рефракции с помощью набора пробных линз; 9) офтальмотонометрия (пневмотонометрия); 10) определение характера зрения, гетерофории; 11) биомикроскопия глаза; 12) рефрактометрия; 13) офтальмометрия; 14) компьютерная периметрия; 15) скиаскопия; 16) измерение диаметра роговицы; 17) исследование подвижности глаза; 18) подбор очков.

2. Контактные методы исследования органа зрения и зрительных функций: 1) офтальмотонометрия (по Маклакову); 2) ультразвуковая биометрия глаза (А-сканирование).

Указанные выше методы применяются по медицинским показаниям (частично либо в полном его объеме). С целью уточнения диагноза и определения показаний/противопоказаний к хирургическому лечению, после консультации врача, могут быть назначены дополнительные методы диагностики.

По результатам комплекса исследований для диагностики нарушения зрения проводится прием врача-офтальмолога.

Врач-офтальмолог понятно объяснил мне все возможные последствия / осложнения, которые могут произойти во время получения медицинской услуги: **1.** Аллергическая реакция на лекарственные препараты, применяемые при проведении диагностического исследования. **2.** Мидриаз и циклоплегия сохраняются индивидуально в течение 2-12 часов. У особо чувствительных - расширенный зрачок может сохраняться значительно дольше (до 12-24 часов). При этих явлениях может быть затруднено управление транспортным средством и работа на близком расстоянии. **3.** Контактные методы исследования в редких случаях могут вызвать: эрозию роговицы; аллергические реакции на используемые для анестезии и мидриаза препараты; субконъюнктивальное кровоизлияние; конъюнктивит; кератит и иное.

Возможных/альтернативных вариантов медицинской услуги не существует.

Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) медицинской услуги – комплекс исследований для диагностики нарушения зрения (диагностика).

Добровольно даю свое согласие на сдачу анализов в соответствии с назначениями врача, в случае возникшей необходимости.

В доступной для меня форме мне (представляемому) даны разъяснения о целях, методах и способах оказания медицинской помощи, связанных с ними риске, возможных альтернативных вариантах медицинского вмешательства, преимуществах выбранного метода, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова, и обязуюсь их соблюдать.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) с планом диагностического обследования и подготовительных мероприятий перед началом, даю разрешение проводить все необходимые лечебные мероприятия на усмотрение врача и привлекать любого иного медицинского работника из работников Общества с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С. Н. Федорова, участие которого в моем лечении будет необходимым, принимать необходимые решения и выполнять необходимые медицинские действия в ходе диагностики, понимаю, что в ходе оказания медицинской услуги может возникнуть необходимость выполнения другой медицинской услуги, не указанной в настоящем согласии, в том числе для получения наилучшего результата, доверяю медицинскому работнику принять данное решение. Осознаю, что перспективы и результаты медицинского исследования зависят от текущего и последующего состояния моего организма, от своевременного обращения за помощью, от анатомо-физиологических особенностей.

Даю согласие на осмотр медицинскими работниками, а также на присутствие должностных лиц при осмотре/оказании медицинских услуг, осуществляющих свою трудовую функцию в Обществе с ограниченной ответственностью Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова.

Я информирован(а), о характере и неблагоприятных эффектах 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 оказания медицинских услуг, методов лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я полностью понимаю важность выполнения рекомендаций медицинских работников в отношении подготовки к медицинским вмешательствам, режима, питания, лечения для достижения ожидаемых результатов оказания медицинской помощи, а также то, что

их нарушение может привести к снижению достоверности комплекса исследований для диагностики нарушения зрения (полная диагностика) и к снижению результата.

Я согласен(а) с тем, что используемая техника оказания медицинской помощи не может 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.

По медицинским показаниям во время проведения/оказания:

- комплексного исследования для диагностики нарушения зрения;
- медицинских услуг потребителю в рамках действующего преysкуранта;

- последующего назначенного лечения (хирургического и консервативного) на всех его этапах в условиях и на базе Общества с ограниченной ответственностью Глазная клиника «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова

возможно применение следующих лекарственных препаратов

Для расширения зрачка и циклоплегии с диагностической и лечебной целью используются препараты (Тропикамид, Фенилэфрин). При использовании этих препаратов возможны следующие побочные эффекты: 1) аллергические реакции; 2) офтальмологические: преходящие жжение и боль в глазу, покраснение, затуманивание зрения, поверхностный кератит, повышение внутриглазного давления, фотофобия; 3) системные: сухость во рту, тахикардия, брадикардия, аритмия, головные боли, тошнота, рвота, бледность, мышечная ригидность, покраснения и сухость кожи контактный дерматит, повышение АД, затруднение мочеиспускания, запор, у пожилых -желудочковая аритмия и инфаркт миокарда, у детей психотические реакции.

Для местной анестезии при проведении контактных методов исследования применяются анестетики: (Оксибупрокаин, Проксиметоканн). При использовании этих препаратов возможны следующие побочные эффекты: в редких случаях может наблюдаться зуд, жжение, гиперемия конъюнктивы, учащенное моргание и слезотечение. Очень редко после закапывания могут возникать аллергические реакции-эрозия роговицы, эпителиальный кератит, ирит, нитевидные инфильтраты роговицы. В случае длительного применения наблюдается более медленное заживление ран. Длительное применение может так же вызвать системную токсичность, которая проявляется возбуждением и последующим угнетением центральной нервной системы.

Для промывания конъюнктивальной полости, после проведения контактных методов исследования используются препараты: Бензилдиметил[3-(миристоиламино)пропил] аммоний хлорид моногидрат и Хлорамфеникол. При использовании этих препаратов возможны следующие побочные эффекты: в некоторых случаях препарат может вызвать местное раздражение (жжение, зуд, покраснение глаза). В случае длительного применения (3 недели и больше) в редких случаях могут наблюдаться негативные изменения в системе кроветворения (тромбопения, лейкопения, апластическая анемия), возможно развитие вторичной грибковой инфекции.

В пареоперационном периоде, а также для лечения воспалительных заболеваний глаз применяются:

Антибиотики (Аминогликозиды, Фторхинолоны, Макролиды, группа Карбапенемов), При использовании этих препаратов возможны следующие побочные эффекты: 1) локализованная офтальмологическая токсичность и повышенная чувствительность зуд и отек век, эритема конъюнктивы; 2) токсическое воздействие как на вестибулярную, так и на слуховую иглу восьмой пары черепных нервов; 3) нарушение функции почек, повышение уровня мочевины и креатинина в сыворотке, протеинурия и цилиндропатия; 4) редко: повышение уровня сывороточных трансаминаз (АЛТ, АСТ), билирубина, повышение уровня ретикулоцитов, тромбоцитопения, гранулоцитопения, анемия, снижение уровня кальция в сыворотке, кожные высыпания, крапивница, зуд, понос, головная боль, рвота, мышечная боль; 5) очень редко: тошнота, повышение слюновыделение, потеря веса, пурпура, отек гортани, боль в суставах, гипотензия и сонливость. 6) аллергические реакции: преходящая гиперемия конъюнктивы, чувство жжения, дискомфорт в глазах, зуд и сухость конъюнктивы, светобоязнь, слезотечение; 7) блефарит, хемоз, сосочковые разрастания на конъюнктиве, отек век, неприятные ощущения в глазу, жжение и зуд в глазу, ухудшение зрения, боль в глазу, гиперемия конъюнктивы, слизистые выделения, фолликулит конъюнктивы, синдром «сухого глаза», эритема век, контактный дерматит, светобоязнь; 8) редко (0.1-1%) аллергические реакции, головная боль, головокружение, ренит.

Глюкокортикоиды (Дексаметазон, Бетаметазон, Триамцинолон). *Побочные эффекты:* Со стороны эндокринной системы:

снижение толерантности к глюкозе, стероидный сахарный диабет или манифестация латентного сахарного диабета, угнетении функции надпочечников, синдром Иценко-Кушинга (лунообразное лицо, ожирение гипофизарного типа, гирсутизм, повышение АД, дисменорея, аменорея, миастения, стрии), задержка полового развития у детей. Со стороны обмена веществ: повышенное выведение ионов кальция, гипокальциемия, повышение массы тела, отрицательный азотистый баланс (повышенный распад белков), повышенное потоотделение, гипернатриемия, гипокалиемия. Со стороны ЦНС: делирий, дезориентация, эйфория, галлюцинации, маниакально-депрессивный психоз, депрессия, паранойя, повышение внутричерепного давления, нервозность или беспокойство, бессонница, головокружение, вертиго, псевдоопухоль мозжечка, головная боль, судороги. Со стороны сердечно-сосудистой системы: аритмии, брадикардия (вплоть до остановки сердца); развитие (у предрасположенных людей) или усиление выраженности хронической сердечной недостаточности, изменения на ЭКГ, характерные для гипокалиемии, повышение АД, гиперкоагуляция, тромбозы. У больных с острым и подострым

инфарктом миокарда –распространение очага некроза, замедление формирования рубцовой ткани, что может привести к разрыву сердечной мышцы; при интракраниальном введении-носовое кровотечение. Со стороны пищеварительной системы: тошнота, рвота, панкреатит, стероидная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, эрозивный эзофагит, кровотечения и перфорация ЖКТ, повышение или снижение аппетита, метеоризм, икота; редко-повышение активности печеночных трансаминаз и ЩФ. Со стороны органов чувств: задняя субкапсулярная катаракта, повышение внутриглазного давления с возможным повреждением зрительного нерва, склонность к развитию вторичных бактериальных, грибковых или вирусных инфекций глаз, трофические изменения роговицы, экзофтальм. Со стороны костно-мышечной системы: замедление роста и процессов окостенения у детей (преждевременное закрытие эпифизарных зон роста), остеопороз (очень редко-патологические переломы костей, асептический некроз головки плечевой и бедренной кости), разрыв сухожильий мышц, стероидная миопатия, снижение мышечной массы (атрофия). Дерматологические реакции: замедленное заживление ран, петехии, экхимозы, истончение кожи, гипер- или гипопигментация, стероидные угри, стрии, склонность к развитию пиодермии и кандидозов. Аллергические реакции: генерализованные (кожная сыпь, зуд кожи, анафилактический шок) и при местном применении. Эффекты, связанные с иммунодепрессивным действием: развитие или обострение инфекций (появлению этого побочного эффекта способствуют совместно применяемые иммунодепрессанты и вакцинация). Местные реакции: при парентеральном введении-некроз тканей. При наружном применении: редко-зуд, гиперемия, жжение, сухость, фолликулит, угревая сыпь, гипопигментация, пероральный дерматит, аллергический дерматит, мацерация кожи, вторичная инфекция, атрофия кожи, стрии, потница. При длительном применении или нанесении на обширные участки кожи возможно развитие системных побочных эффектов, характерных для ГКС.

Нестероидные противовоспалительные препараты (Бромфенак, Диклофенак, Индометацин, Непофан). *Побочные эффекты:* Редко-легкое или умеренное жжение сразу после закапывания, может временно нарушиться четкость зрения. Возможно развитие кожного зуда или покраснения кожи. При длительном использовании возможно помутнение роговицы, возникновение системных побочных эффектов. Характерных для нестероидных противовоспалительных средств.

Корнеопротекторы, слезозаместители (Гиалуроновая кислота, Гипромеллоза, Нарбомер, Натрия Гиалуронат, Повидон). *Побочные эффекты:* Аллергические реакции, преходящие «затуманивание» зрения, местное раздражение глаз.

Антиглаукомные препараты для лечения глаукомы. М-Холиномиметики (Пилокарпин). *Побочные эффекты:* Головная боль (в височных или периорбитальных областях), боль в глазах, спазм аккомодации, нечеткость зрения, нарушение сумеречного зрения, слезотечение, ринорея, поверхностный кератит; при длительном применении-фолликулярный конъюнктивит, контактный дерматит век.

В-блокаторы (Тимолол, и др.) *Побочные эффекты:* местные реакции со стороны органа зрения: конъюнктивит, блефарит, кератит, сухость слизистой оболочки глаз ухудшение зрения; очень редко-диплопия и блефароптоз. Со стороны дыхательных путей

(у людей с бронхиальной астмой): бронхоспазм, одышка в связи с повышением реактивности дыхательных путей, кашель; со стороны кожи: реакции гиперчувствительности (локализованная и генерализованная экзантема, крапивница); со стороны сердечно-сосудистой системы: (у людей с заболеваниями сердца): брадикардия, тахикардия, аритмия, снижение АД, АВ-блокада и сердечная недостаточность, обморочные состояния, возможны так же ишемия мозга, инсульт, остановка сердца; со стороны ЦНС: в отдельных случаях возможны головная боль, головокружение, депрессивное состояние или другие признаки ухудшения функции головного мозга. Кроме того, есть сообщения об отдельных случаях развития общей слабости, тошноты.

Ингибиторы карбоангидразы (Дорзоламид, Бринзоламид) Со стороны органа зрения: чувство жжения, затуманивание зрения, зуд и боль в глазах, слезотечение, покраснение глаза, Раздражение век; в процессе лечения возможно-поверхностный точечный кератит, переходящая миопия (исчезающая после отмены препарата), явление гиперкератоза век, диплопия. Со стороны ЦНС и периферической нервной системы: возможно-головная боль, головокружение, парестезии. Со стороны пищеварительной системы: возможно-сухость во рту, диспепсия, тошнота, диарея, боль в пояснице. Аллергические реакции: возможны местные (со стороны век) и системные проявления-сыпь, крапивница, зуд, ангионевротический отек, бронхоспазм. Прочие: инстилляции возможно ощущение горького вкуса во рту; повышенная утомляемость, появление камней в почках; контактный дерматит, раздражение горла, алопеция. Так как при местном применении происходит системная абсорбция препарата, могут возникнуть побочные реакции, характерные для этих препаратов. Редко, но возможны смертельные случаи, вызванные тяжелой реакцией на указанные препараты, включая синдром Стивенса-Джонсона, токсический эпидермальный некролиз, молниеносный гепатонекроз, агранулоцитоз, апластическая анемия и другие нарушения кроветворения.

Аналоги простагландинов (Латанопрост, Травопропт, Биматопрост, Тафлупропт) Побочные эффекты: Со стороны органа зрения: раздражение глаз (чувство жжения, ощущение песка в глазах, зуд, покальвание и ощущение инородного тела); блефарит; гиперемия конъюнктивы; боль в глазах; усиление пигментации радужки; переходящие точечные эрозии эпителия, отек век, отек и эрозии роговицы; конъюнктивит; удлинение, утолщение, увеличение числа и усиление пигментации ресниц и пушковых волос; изменение направления роста ресниц, иногда вызывающее раздражение глаза; ирит/увеит; кератит; макулярный отек, в т.ч. цистоидный; затуманивание зрения. Со стороны кожных покровов и подкожных тканей: сыпь потемнение кожи век и местные кожные реакции на веках. Со стороны нервной системы: головокружение, головная боль. Со стороны органов дыхания: астма (в т.ч. острые приступы или обострение заболевания у людей с бронхиальной астмой в анамнезе), одышка. Со стороны опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани: боли в мышцах/суставах. Неспецифические реакции: неспецифические боли в груди.

A2-адrenoимитики (Броминидин). Побочные эффекты: Со стороны органов зрения: очень часто-аллергический конъюнктивит, гиперемия конъюнктивы глаз, зуд слизистой оболочки глаза и кожи век; часто-ощущение жжения, фолликулез конъюнктивы глаз и фолликулярный конъюнктивит, местные аллергические реакции слизистой оболочки глаза (в том числе кератоконъюнктивит), блефарит, блефароконъюнктивит, нарушение четкости зрительного восприятия, катаракта, отек конъюнктивы, кровоизлияние в конъюнктиву, конъюнктивит, ретенционное слезотечение, слизистые выделения из глаз, сухость и раздражение слизистой оболочки глаз, боль, отек век, покраснение век, ощущение инородного тела в глазах, кератит, поражение век, фоточувствительность, поверхностная пятнистая кератопатия, слезотечение, выпадение поля зрения, функциональное поражение стекловидного тела, кровоизлияние в стекловидное тело, плавающие помутнения в стекловидном теле и снижение остроты зрения; нечасто эрозия роговицы, ячмень. Со стороны ЦНС: часто-головная боль, сонливость, бессонница, головокружение. Со стороны сердечно-сосудистой системы: часто-повышение АД; нечасто-снижение АД. Со стороны органов дыхания: часто-бронхит, кашель, одышка; нечасто-сухость слизистой оболочки носа, анноз. Со стороны ЖКТ: часто-желудочно-кишечные расстройства, диспепсия, сухость слизистой оболочки полости рта. Со стороны кожи и подкожно-жировой клетчатки: часто-высыпания, инфекционное заболевание (озноб и респираторная инфекция), ринит, синусит, в том числе инфекционный. Лабораторные показатели: часто-гиперхолестеринемия. Другие: часто-общие аллергические реакции, астения, утомляемость; нечасто-изменение вкусовых ощущений. У детей отмечено: анноз, брадикардия, снижение АД, гипотермия, мышечная гипотония. Дополнительно получены данные о следующих эффектах: Со стороны органов зрения: частота неизвестна-ирит, кератоконъюнктивит, миоз. Со стороны ЦНС: депрессия. Со стороны сердечно-сосудистой системы: брадикардия, тахикардия. Со стороны ЖКТ: тошнота. Со стороны кожи и подкожно-жировой клетчатки: местные кожные реакции (эритема, зуд, отек лица, сыпь и вазодилатация сосудов кожи век).

Противоаллергические препараты (Олопатадин, Кромогликат натрия). Побочные эффекты: Сразу после закапывания может быть небольшое раздражение глаз (жжение, зуд, пощипывание или покраснение слизистой оболочки глаза), которое проходит самостоятельно вскоре после применения. Крайне редко описаны случаи поверхностного поражения эпителия роговицы. Очень редко могут оказывать системное действие, что выражается в появлении головокружения, головной боли, астенических проявлений, сухость слизистой рта и носа. Коммерческие наименования препаратов могут не совпадать с указанными выше, необходимо обращать внимание именно на химическую формулу действующего вещества.

Я проинформирован(а) о том, что, могу получить медицинскую услугу 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 ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего согласия.

Я подтверждаю, что решение о получении медицинской услуги, в предложенном мне (представляемому) объеме, является моим собственным, и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли.

Я имел(а) достаточно времени, чтобы обдумать данное решение, и у меня больше нет вопросов, после того, как врачом были даны исчерпывающие и понятые мне ответы. Я самостоятельно и на добровольной основе использую свое право на выбор оказания данной медицинской услуги при получении медицинской помощи.

Подписывая данное согласие, я подтверждаю, что все вышеуказанное мной прочитано и понято, все медицинские термины мне (представляемому) понятны, я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы относительно предлагаемой мне (представляемому) медицинской услуги и получил(а) на них исчерпывающие ответы. Полностью отдаю себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

Против фото и видео регистрации глаз (а), в ряде случаев и лица до, после и в процессе лечения, а также записи получения медицинской услуги на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны:

_____ Возражаю; _____ Не возражаю. (нужное отметить)

«__» _____ 20__ г. Потребитель (законный представитель/представитель) ✓ _____ / _____
(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.

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