

Согласие пациента

На предоставление медицинских услуг (предварительные и периодические осмотры)

В соответствии с ч.7 ст.84 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и статьей 39.1 закона Российской Федерации "О защите прав потребителей" ,

я (Ф.И.О. Пациента) _____ обязуюсь:

Предоставить полную достоверную информацию, необходимую для проведения медицинских услуг в т.ч. о состоянии моего здоровья, хронических и психических заболеваниях, перенесенных травмах, в т.ч. черепно мозговых, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами, включая информацию о возможных аллергических реакциях на лекарственные препараты, пищевые или другие аллергены. Возлагаю на себя полную ответственность за не достоверное и/или частичное или полное сокрытие информации о состоянии моего здоровья, хронических и психических заболеваниях, перенесенных травмах, в т.ч. черепно мозговых, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами.

В соответствии с требованиями приказа Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 № 302н.

Я даю согласие на проведение необходимых медицинских манипуляций :

1. опрос 2. осмотр 3. антропометрия 4. термометрия. 5. тонометрия.6. неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. 7. неинвазивные исследования органа слуха. 8. исследование функций нервной системы . 9. лабораторные методы обследования. 10. функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, спирография, рентгенологические и ультразвуковые исследования. введение лекарственных препаратов(вакцинация). а также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006г. «О персональных данных».

« ПАЦИЕНТ»

Дата

_____ подпись