****

**Общество с ограниченной ответственностью «ЛораВита»**

454031, г. Челябинск, ул. 50летия ВЛКСМ, 14/А

Тел: (351) 751-22-80, (351) 750-75-99

e-mail: [info@loravita.ru](mailto:info@loravita.ru) сайт: www.loravita.ru

**Приложение № 1**

**к договору № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.**

**Заявление о добровольном информировании согласии (отказе) на выполнение хирургического вмешательства (операции) в ООО «ЛораВита»**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_ г.р.,

(ФИО пациента полностью, одного из родителей, иного законного представителя)

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являясь

Адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

законным представителем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(ФИО представляемого пациента)

Находясь в здравом рассудке и состоянии, позволяющем мне выразить свою волю, заявляю, что в предварительной беседе мне полностью разъяснены врачом состояние моего здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), суть и особенности течения моего заболевания/заболевания лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), а также цель, характер предстоящего хирургического вмешательства (операции). Я осознаю, что полученная информация позволяет мне, зная риск, опасности и предполагаемый исход предстоящей операции, принять решение подвергнуться или отказаться от ее выполнения.

На основании моего свободного информированного добровольного желания **прошу** ООО «ЛораВита» (отказываюсь – нужное подчеркнуть) выполнить мне/лицу, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), хирургическое вмешательство (операцию)

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

Руководствуясь правами пациента, предусмотренными ст. 18, 19, 20 Федерального закона Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» от 21.11.2011г. « 323-ФЗ и ст.ст. 21, 41 Конституции Российской Федерации:

Я поставил(а) в известность лечащего врача о состоянии моего здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе о перенесенных ранее и имеющихся в настоящее время заболеваниях, в том числе носительстве носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, об аллергических проявлениях и(или) индивидуальной непереносимости (повышенной чувствительности) лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов и пр.; обо всех перенесенных травмах, операциях, анестезиологических пособиях, о принимаемых лекарственных средствах, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

В доступной форме я осведомлен(а) врачом:

О технологии предстоящей мне операции, используемых при ее выполнении лекарственных средствах.

О возможных осложнениях (кровотечении, травматическое повреждение органов, послеоперационная хирургическая инфекция (в том числе абсцессы, перитонит), послеоперационная гематома, рубцово-спаечный процесс, нагноение послеоперационной раны, нарушение функции органа, непредсказуемых последствиях, непреднамеренного причинения вреда здоровью (в том числе повреждение близ расположенных сосудистых структур, нервных волокон, внутренних органов), неполном или недостаточно ожидаемом результате операции). Осведомлен(а), что во время операции есть вероятность потери крови, и даю согласие на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

Мне разъяснены врачом существующие альтернативные медицинские технологии лечения моего заболевания (заболевания представляемого) (медицинской проблемы) и возможные последствия отказа от хирургического вмешательства.

Я сознательно доверяю врачу-специалисту избрать метод хирургического вмешательства в соответствии с его профессиональным суждением.

Я утверждаю, что ни врачом-хирургом, ни другими сотрудниками Центра мне не были даны никакие обещания или гарантии в отношении того или иного исхода операции. Я предупрежден(а) в доступной форме о потенциальной опасности для здоровья (во время и после) хирургического вмешательства в случае неполного и/или неверного информирования о состоянии здоровья, в случае нарушения мной рекомендаций и указаний по поведению до и после операции, данных медицинским работником перед оперативным вмешательством.

Я понимаю, что в ходе выполнения мне операции может возникнуть необходимость (аллергический шок или реакция, кровотечение, судороги, потеря сознания, хирургическая травма) другого медицинского вмешательства, не указанного выше. В связи с этим, я даю свое добровольное информированное согласие врачу и его ассистентам на принятие соответствующих решений и выполнение любых медицинских действий, которые врач сочтет необходимыми для улучшения состояния здоровья. Даю своё согласие на привлечение для хирургического вмешательства и других специалистов, если врач-хирург сочтет это необходимым.

Я понимаю, что в пред- и послеоперационный период возможно изменение или дополнение выбранной программы хирургического лечения, связанное с этими осложнениями, необходимостью уточнения диагноза или недостаточной эффективностью проводимого хирургического лечения. При этом я согласен(а), что медицинские услуги, не указанные в данном документе, оплачиваются отдельно.

Я предупрежден(а), и согласен(а) с тем, что эффективность операции, прежде всего зависит от исходного состояния здоровья, образа жизни, биологических особенностей организма, а также точности и правильности выполнения мною (представляемым), предписаний и рекомендаций врача.

Я осознаю, что не должен(а) в период лечения употреблять другие медикаменты, любые биологические или пищевые добавки, не согласованные с лечащим врачом, употреблять табак, алкоголь, наркотические, снотворные и другие сильнодействующие препараты, а также воздерживаться от половых контактов до контрольного осмотра врача.

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 лекарств.

Я понимаю, что несоблюдение мною (представляемому) хотя бы одного из перечисленных ограничений и образ жизни, не совпадающий с концепцией моего лечения, влияют на точность диагностики и снижают эффективность операции, повышают риск осложнений.

Я согласен(а)с тем, что средства, затраченные мной на оплату информационно-консультационных услуг врача, возврату не подлежат, независимо от моей удовлетворенности планом и результатами операции.

Я подтверждаю, что получил(а) всю необходимую информацию и имел(а) возможность задать врачу все интересующие или неясные мне вопросы, касающиеся данной медицинской услуги. На все, заданные вопросы, я в доступной форме получил(а) удовлетворившие ответы.

Я разрешаю моему (представляемого) врачу делать фотографии и видеозаписи, связанные с лечебным процессом.

Содержание настоящего документа мною прочитано и полностью понятно. Решение о лечении (отказе от лечения) в ООО «ЛораВита» принято мною без чьего-либо принуждения, без какого-либо на меня влияния и представляет собой мое добровольное информированное согласие на (отказ от) медицинскую помощь, которое я заверяю личной подписью:

Подпись пациента (законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО пациента полностью, одного из родителей, иного законного представителей)

Подпись врача

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО пациента полностью, одного из родителей, иного законного представителей)

Пациент (Законный представитель) разрешает передать информацию о состоянии своего здоровья (здоровья представляемого) следующим лицам:

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

(ФИО полностью)

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

(ФИО полностью)

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

(ФИО полностью)

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

(ФИО полностью)