

Документ составлен на основании Приказа Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ  
«КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ»  
(ООО «КИРМ»)**

Лицензия на медицинскую деятельность Л041-01021-66/00338914 от 21.09.2018, выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения  
ИНН: 6658507009, ОГРН: 1176658096383

Адрес: 620000, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Бориса Ельцина, стр. 3, оф. 503

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
пациентки в возрасте от 15 до 17 лет включительно на медицинское вмешательство**

Свердловская обл.,  
г. Екатеринбург

**Я,** \_\_\_\_\_ Тест Тест Тест, 01.03.1995

паспорт	Паспорт гражданина РФ, серия: 77 77, № 7777777, выдан: 01.01.2005 г., УВД такой-то, № подр.: 666-666
адрес	620014, Свердловская обл, г Екатеринбург, ул Бориса Ельцина, стр. 3
телефон	89999998874

Настоящим информированным добровольным согласием я добровольно даю свое согласие и прошу оказать мне медицинские услуги по амбулаторной гинекологии в целях профилактики, диагностики и лечения заболеваний (патологий) в женской половой системе.

Мне известно, что в силу п. 1 ч. 2 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я вправе самостоятельно подписывать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (медицинские услуги).

Настоящее информированное добровольное согласие составлено на 2 (двух) листах.

Настоящим информированным добровольным согласием подтверждаю, что я достигла возраста 15 (пятнадцати) лет.

Я даю свое согласие лечащему врачу ООО «КИРМ» на следующий перечень медицинских вмешательств, необходимых для эффективного оказания мне медицинской услуги по амбулаторной гинекологии:

- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, общий осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, антропометрическое исследование, забор материала на исследование;
- гинекологическое обследование/ исследование, в том числе пальпация молочных желез, осмотр наружных половых органов, ректоабдоминальное исследование, бимануальное влагалищное исследование, влагалищное-прямокишечное исследование, вагиноскопия, осмотр шейки матки, стенок влагалища;
- специальные методы исследования, термометрия, тонометрия, лабораторные методы обследования в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические;
- функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных), ультразвуковые исследования, доплерографические исследования;
- иные необходимые медицинские вмешательства по назначению лечащего врача ООО «КИРМ».

Я подтверждаю, что в ходе консультации с лечащим врачом ООО «КИРМ» мною были сообщены следующие сведения:

- все известные данные о состоянии моего здоровья, а также об аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, об иных инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов;

• полные и достоверные сведения о наличии (отсутствии) у меня наследственных и (или) психических заболеваний, а также об их наличии (отсутствии) у членов моей семьи, а также о фактах употребления мною (ими) алкогольных напитков, наркотических и токсических средств;

• иные сведения, которые могут являться существенными для целей оказания медицинских услуг.

Я подтверждаю, что внимательно ознакомилась с предоставленной мне информацией касательно оказания медицинской услуги по амбулаторной гинекологии в целях профилактики, диагностики и лечения заболеваний (патологий) в женской половой системе, в том числе о методах и целях оказания упомянутой медицинской услуги, и имела возможность задать лечащему врачу ООО «КИРМ» интересующие меня вопросы.

Я полностью понимаю суть изложенного, мне даны ответы на все заданные мною вопросы, я не имею претензий относительно доступности и объема предоставленной мне информации.

Подписывая настоящее информированное добровольное согласие, я удостоверяю, что текст согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Я получила от сотрудников ООО «КИРМ» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи и даю при этом свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг в ООО «КИРМ».

Я подтверждаю, что ознакомлена о правилах предоставления согласия на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну.

В случае возникновения необходимости даю свое согласие ООО «КИРМ» предоставлять информацию, составляющую врачебную тайну моим доверенным лицам (при отсутствии таких лиц ставится прочерк):

1) Ф.И.О:

\_\_\_\_\_,  
приходящийся Пациентке \_\_\_\_\_,  
номер телефона, адрес электронной почты:

2) Ф.И.О:

\_\_\_\_\_,  
приходящийся Пациентке \_\_\_\_\_,  
номер телефона, адрес электронной почты:

Я подтверждаю, что до меня доведена полная информация о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, в том числе в ООО «КИРМ».

Мне известно о своем праве отозвать настоящее информированное добровольное согласие. В таком случае обязуюсь оформить отказ письменно в индивидуальной карте пациентки.

Разрешаю предоставлять мою медицинскую информацию ( в том числе документацию) всем медицинским работникам и должностным лицам клиники, причастным к данному случаю оказания мне медицинской помощи. Разрешаю использовать мою медицинскую информацию (в том числе документацию) для проведения контроля качества оказания мне медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых специалистов.

Настоящее Информированное добровольное согласие является неотъемлемой частью Договора на предоставление платных медицинских услуг 01204/2022 от 14.04.2022 и дается на период действия указанного Договора на предоставление платных медицинских услуг.

Пациентка \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф. И. О.)

Лечащий врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф. И. О.)