Информированное добровольное согласие на получение медицинской услуги
ГЛАУКОМНЫЙ ТЕСТ (оба глаза) в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее ИДС).

г. Пятигорск «____»_____20__г.

Я, _____ дата рождения: «___» _____ 20___г. даю ИДС на получение/предоставление медицинской помощи в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее по тексту-Клиника), *(нужное отметить)*

□ мне

□ моему ребенку, лицу, чьим законным представителем/опекуном я являюсь

□ моему доверителю, лицу, чьим представителем я являюсь

Ф.И.О._____, дата рождения, проживающего(щая) по адресу _____ _____ медицинским работником Клиники: Ф.И.О. _____

Я ознакомлен(а) и 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 помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н. Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести: **ГЛАУКОМНЫЙ ТЕСТ (оба глаза).** Мне (представляемому) согласно доброй воле даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого); Цель: выявление локализации и распространенности дефектов полей зрения при глаукоме. Метод медицинской услуги: компьютерная периметрия. Возможные/альтернативные варианты медицинской услуги: нет. Осложнения/противопоказания: нет. Я проинформирован(а), что могу получить данную медицинскую услугу в других лечебных учреждениях, в том числе в рамках программы обязательного медицинского страхования и при этом выражаю добровольное согласие на получение медицинской услуги в Клинике и оплату данной медицинской услуги, за счет личных средств. Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному; Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я внимательно ознакомился(лась) с приложением и понимаю, что ИДС является неотъемлемой частью медицинской документации. Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего ИДС; Я подтверждаю, что решение о получении медицинской услуги является моим собственным, в предложенном мне (представляемому) объеме и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли. Я полностью отдаю себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

«___» _____ 201__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, является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

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

Информированное добровольное согласие на получение медицинской услуги
ПРИЕМ (ОСМОТР, КОНСУЛЬТАЦИЯ) ВРАЧА-ОФТАЛЬМОЛОГА /ГЛАВНОГО ВРАЧА/в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее ИДС).

г. Пятигорск «____»_____20_ _г.

Я, _____ дата рождения: «___» _____20___г. даю ИДС на получение/предоставление медицинской помощи в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее по тексту-Клиника), *(нужное отметить)*

□ мне

□ моему ребенку, лицу, чьим законным представителем/опекуном я являюсь

□ моему доверителю, лицу, чьим представителем я являюсь

Ф.И.О._____, дата рождения, проживающего(щая) по адресу _____ _____медицинским работником Клиники: Ф.И.О._____

Я ознакомлен(а) и 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 помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н. Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести: **ПРИЕМ (ОСМОТР, КОНСУЛЬТАЦИЯ) ВРАЧА-ОФТАЛЬМОЛОГА /ГЛАВНОГО ВРАЧА/.** Цель: выявление патологий органа зрения; определение тактики лечения пациента. Метод медицинской услуги: сбор анамнеза, жалоб; визуальный осмотр, пальпация, биомикроскопия. Возможные/альтернативные варианты медицинской услуги: нет. Осложнения/противопоказания: нет. Я проинформирован(а), что могу получить данную медицинскую услугу в других лечебных учреждениях, в том числе в рамках программы обязательного медицинского страхования и при этом выражаю добровольное согласие на получение медицинской услуги в Клинике и оплату данной медицинской услуги, за счет личных средств. Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному; Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я внимательно ознакомился(лась) с приложением и понимаю, что ИДС является неотъемлемой частью медицинской документации. Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего ИДС; Я подтверждаю, что решение о получении медицинской услуги является моим собственным, в предложенном мне (представляемому) объеме и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли. Я полностью отдаю себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

«___» _____ 201__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, является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

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

Информированное добровольное согласие на получение медицинской услуги
ПРИЕМ (ОСМОТР, КОНСУЛЬТАЦИЯ) ВРАЧА-ОФТАЛЬМОЛОГА /ЛАЗЕРНОГО ХИРУРГА/ в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее ИДС).

г. Пятигорск «____»_____20_ _г.

Я, _____ дата рождения: «___»_____20___г. даю ИДС на получение/предоставление медицинской помощи в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее по тексту-Клиника), *(нужное отметить)*

□ мне

□ моему ребенку, лицу, чьим законным представителем/опекуном я являюсь

□ моему доверителю, лицу, чьим представителем я являюсь

Ф.И.О._____, дата рождения, проживающего(щая) по адресу _____ _____медицинским работником Клиники: Ф.И.О._____

Я ознакомлен(а) и 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 помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н. Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести: **ПРИЕМ (ОСМОТР, КОНСУЛЬТАЦИЯ) ВРАЧА-ОФТАЛЬМОЛОГА /ЛАЗЕРНОГО ХИРУРГА/.** Цель: выявление патологии органа зрения и определение тактики лечения. Метод медицинской услуги: визуальный и инструментальный осмотр. Возможные /альтернативные варианты медицинской услуги: нет. Осложнения/противопоказания: нет. Я проинформирован(а), что могу получить данную медицинскую услугу в других лечебных учреждениях, в том числе в рамках программы обязательного медицинского страхования и при этом выражаю добровольное согласие на получение медицинской услуги в Клинике и оплату данной медицинской услуги, за счет личных средств. Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному; Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я внимательно ознакомился(лась) с приложением и понимаю, что ИДС является неотъемлемой частью медицинской документации. Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего ИДС; Я подтверждаю, что решение о получении медицинской услуги является моим собственным, в предложенном мне (представляемому) объеме и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли. Я полностью отдаю себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

«___» _____ 201__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, является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

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

Информированное добровольное согласие на получение медицинской услуги
ПРИЕМ (ОСМОТР, КОНСУЛЬТАЦИЯ) ВРАЧА-ОФТАЛЬМОЛОГА /ХИРУРГА/ в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее ИДС).

г. Пятигорск «____»_____20_ _г.

Я, _____ дата рождения: «___»_____20___г. даю ИДС на получение/предоставление медицинской помощи в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее по тексту-Клиника), *(нужное отметить)*

□ мне

□ моему ребенку, лицу, чьим законным представителем/опекуном я являюсь

□ моему доверителю, лицу, чьим представителем я являюсь

Ф.И.О._____, дата рождения, проживающего(щая) по адресу _____ _____медицинским работником Клиники: Ф.И.О.____

Я ознакомлен(а) и 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 помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н. Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести: **ПРИЕМ (ОСМОТР, КОНСУЛЬТАЦИЯ) ВРАЧА-ОФТАЛЬМОЛОГА /ХИРУРГА/.** Цель: выявление патологии внутренних органов и определение тактики лечения пациента. Метод медицинской услуги: сбор анамнеза, жалоб; визуальный осмотр, пальпация, биомикроскопия, офтальмомикроскопия. Возможные /альтернативные варианты медицинской услуги: нет. Осложнения/противопоказания: нет. Я проинформирован(а), что могу получить данную медицинскую услугу в других лечебных учреждениях, в том числе в рамках программы обязательного медицинского страхования и при этом выражаю добровольное согласие на получение медицинской услуги в Клинике и оплату данной медицинской услуги, за счет личных средств. Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному; Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я внимательно ознакомился(лась) с приложением и понимаю, что ИДС является неотъемлемой частью медицинской документации. Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего ИДС; Я подтверждаю, что решение о получении медицинской услуги является моим собственным, в предложенном мне (представляемому) объеме и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли. Я полностью отдаю себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

«___» _____ 201__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, является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

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

Информированное добровольное согласие на получение медицинской услуги
ПРОВЕДЕНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (ЭКГ) в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее ИДС).

г. Пятигорск «____»_____20_ _г.

Я, _____ дата рождения: «___»_____20___г. даю ИДС на получение/предоставление медицинской помощи в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее по тексту-Клиника), *(нужное отметить)*

□ мне

□ моему ребенку, лицу, чьим законным представителем/опекуном я являюсь

□ моему доверителю, лицу, чьим представителем я являюсь

Ф.И.О._____, дата рождения, проживающего(щая) по адресу _____ _____медицинским работником Клиники: Ф.И.О._____.

Я ознакомлен(а) и 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 помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н. Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести: **ПРОВЕДЕНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (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), что могу получить данную медицинскую услугу в других лечебных учреждениях, в том числе в рамках программы обязательного медицинского страхования и при этом выражаю добровольное согласие на получение медицинской услуги в Клинике и оплату данной медицинской услуги, за счет личных средств. Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному; Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я внимательно ознакомился(лась) с приложением и понимаю, что ИДС является неотъемлемой частью медицинской документации. Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего ИДС; Я подтверждаю, что решение о получении медицинской услуги является моим собственным, в предложенном мне (представляемому) объеме и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли. Я полностью отдаю себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

«___» _____ 201__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, является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

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

Информированное добровольное согласие на получение медицинской услуги
МАКУЛЯРНЫЙ ТЕСТ (оба глаза) в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее ИДС).

г. Пятигорск «____»_____20__г.

Я, _____ дата рождения: «___»_____20___г.
даю ИДС на получение/предоставление медицинской помощи в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее по тексту-Клиника), *(нужное отметить)*

□ мне

□ моему ребенку, лицу, чьим законным представителем/опекуном я являюсь

□ моему доверителю, лицу, чьим представителем я являюсь

Ф.И.О._____, дата рождения, проживающего(щая) по адресу _____
_____медицинским работником Клиники: Ф.И.О._____

Я ознакомлен(а) и 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 помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н. Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести: **МАКУЛЯРНЫЙ ТЕСТ (оба глаза).** Цель: выявление локализации и распространенности дефектов полей зрения при макулодистрофии. Метод медицинской услуги: компьютерная периметрия. Возможные /альтернативные варианты медицинской услуги: нет. Осложнения/противопоказания: нет. Я проинформирован(а), что могу получить данную медицинскую услугу в других лечебных учреждениях, в том числе в рамках программы обязательного медицинского страхования и при этом выражаю добровольное согласие на получение медицинской услуги в Клинике и оплату данной медицинской услуги, за счет личных средств. Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному; Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я внимательно ознакомился(лась) с приложением и понимаю, что ИДС является неотъемлемой частью медицинской документации. Я ознакомлен(а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего ИДС; Я подтверждаю, что решение о получении медицинской услуги является моим собственным, в предложенном мне (представляемому) объеме и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли. Я полностью отдаю себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

«___» _____ 201__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, является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

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

Информированное добровольное согласие на получение медицинской услуги

КЕРАТОТОПОГРАФИЯ (оба глаза) в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее ИДС)

г. Пятигорск «____»_____20__г.

Я, _____ дата рождения: «___»_____20___г.

даю ИДС на получение/предоставление медицинской помощи в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее по тексту-Клиника), *(нужное отметить)*

□ мне

□ моему ребенку, лицу, чьим законным представителем/опекуном я являюсь

□ моему доверителю, лицу, чьим представителем я являюсь

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

_____медицинским работником Клиники: Ф.И.О._____

Я ознакомлен(а) и 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 помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н. Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести: **КЕРАТОТОПОГРАФИЯ (оба глаза).** Цель: получение топографической карты передней поверхности роговицы. Метод медицинской услуги: бесконтактное не инвазивное исследование. Возможные /альтернативные варианты медицинской услуги: нет. Осложнения/противопоказания: нет. Я проинформирован(а), что могу получить данную медицинскую услугу в других лечебных учреждениях, в том числе в рамках программы обязательного медицинского страхования и при этом выражаю добровольное согласие на получение медицинской услуги в Клинике и оплату данной медицинской услуги, за счет личных средств. Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному; Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я внимательно ознакомился(лась) с приложением и понимаю, что ИДС является неотъемлемой частью медицинской документации. Я ознакомлен(а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего ИДС; Я подтверждаю, что решение о получении медицинской услуги является моим собственным, в предложенном мне (представляемому) объеме и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли. Я полностью отдаю себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

«___» _____ 201__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, является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Расписался в моем присутствии: Медицинский работник _____

(Ф.И.О. должность) подпись

Информированное добровольное согласие на получение медицинской услуги
ПРИЕМ (ОСМОТР, КОНСУЛЬТАЦИЯ) ВРАЧА-ОФТАЛЬМОЛОГА /РЕФРАКЦИОННОГО ВРАЧА/ в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее ИДС).

г. Пятигорск «____»_____20_ _г.

Я, _____ дата рождения: «___»_____20___г.
даю ИДС на получение/предоставление медицинской помощи в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее по тексту-Клиника), *(нужное отметить)*

□ мне

□ моему ребенку, лицу, чьим законным представителем/опекуном я являюсь

□ моему доверителю, лицу, чьим представителем я являюсь

Ф.И.О._____, дата рождения, проживающего(щая) по адресу _____
_____медицинским работником Клиники: Ф.И.О._____

Я ознакомлен(а) и 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 помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н. Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести: **ПРИЕМ (ОСМОТР, КОНСУЛЬТАЦИЯ) ВРАЧА-ОФТАЛЬМОЛОГА /РЕФРАКЦИОННОГО ВРАЧА/.** Цель: выявление патологий органа зрения; определение тактики лечения пациента. Метод медицинской услуги: сбор анамнеза, визуальный осмотр, биомикроскопия, анализ результатов дополнительных инструментальных методов исследования. Возможные/альтернативные варианты медицинской услуги: нет. Осложнения/противопоказания: нет. Я проинформирован(а), что могу получить данную медицинскую услугу в других лечебных учреждениях, в том числе в рамках программы обязательного медицинского страхования и при этом выражаю добровольное согласие на получение медицинской услуги в Клинике и оплату данной медицинской услуги, за счет личных средств. Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному; Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я внимательно ознакомился(лась) с приложением и понимаю, что ИДС является неотъемлемой частью медицинской документации. Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего ИДС; Я подтверждаю, что решение о получении медицинской услуги является моим собственным, в предложенном мне (представляемому) объеме и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли. Я полностью отдаю себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

«___» _____ 201__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, является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

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

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

г. Пятигорск «____»_____20__г.

Я, _____ дата рождения: «___»_____20___г.
даю ИДС на получение/предоставление медицинской помощи в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее по тексту-Клиника), *(нужное отметить)*

□ мне

□ моему ребенку, лицу, чьим законным представителем/опекуном я являюсь

□ моему доверителю, лицу, чьим представителем я являюсь

Ф.И.О._____, дата рождения, проживающего(щая) по адресу _____
_____медицинским работником Клиники: Ф.И.О._____

Я ознакомлен(а) и 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 помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н. Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести: **МАССАЖ ВЕК.** Цель: улучшение оттока секрета из мейбомиевых желез; нормализация функции желез. Метод медицинской услуги: удаление секрета мейбомиевых желез. Возможные /альтернативные варианты медицинской услуги: нет. Осложнения/противопоказания: кератит, конъюнктивит, обострение мейбомита. Я проинформирован(а), что могу получить данную медицинскую услугу в других лечебных учреждениях, в том числе в рамках программы обязательного медицинского страхования и при этом выражаю добровольное согласие на получение медицинской услуги в Клинике и оплату данной медицинской услуги, за счет личных средств. Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному; Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я внимательно ознакомился(лась) с приложением и понимаю, что ИДС является неотъемлемой частью медицинской документации. Я ознакомлен(а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего ИДС; Я подтверждаю, что решение о получении медицинской услуги является моим собственным, в предложенном мне (представляемому) объеме и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли. Я полностью отдаю себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

«___» _____ 201__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, является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

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

Информированное добровольное согласие на получение медицинской услуги
ПАХИМЕТРИЯ (оба глаза) в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее ИДС).

г. Пятигорск «____»_____20__г.

Я, _____ дата рождения: «___»_____20___г.
даю ИДС на получение/предоставление медицинской помощи в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее по тексту-Клиника), *(нужное отметить)*

□ мне

□ моему ребенку, лицу, чьим законным представителем/опекуном я являюсь

□ моему доверителю, лицу, чьим представителем я являюсь

Ф.И.О._____, дата рождения, проживающего(щая) по адресу _____
_____медицинским работником Клиники: Ф.И.О._____

Я ознакомлен(а) и 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 помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н. Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести: **ПАХИМЕТРИЯ (оба глаза).** Цель: измерение толщины роговицы. Метод медицинской услуги: исследование проводится контактно после капельной анестезии. Возможные /альтернативные варианты медицинской услуги: кератопахиметрия (бесконтактный метод). Осложнения/противопоказания: эрозия роговицы, воспалительные заболевание глаз, аллергическая реакция. Я проинформирован(а), что могу получить данную медицинскую услугу в других лечебных учреждениях, в том числе в рамках программы обязательного медицинского страхования и при этом выражаю добровольное согласие на получение медицинской услуги в Клинике и оплату данной медицинской услуги, за счет личных средств. Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному; Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я внимательно ознакомился(лась) с приложением и понимаю, что ИДС является неотъемлемой частью медицинской документации. Я ознакомлен(а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего ИДС; Я подтверждаю, что решение о получении медицинской услуги является моим собственным, в предложенном мне (представляемому) объеме и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли. Я полностью отдаю себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

«___» _____ 201__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, является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

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

Информированное добровольное согласие на получение медицинской услуги
ОФТАЛЬМОМЕТРИЯ (В-сканирование) (оба глаза) в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее ИДС).

г. Пятигорск «____»_____20_ _г.

Я, _____ дата рождения: «___»_____20___г. даю ИДС на получение/предоставление медицинской помощи в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее по тексту-Клиника), *(нужное отметить)*

□ мне

□ моему ребенку, лицу, чьим законным представителем/опекуном я являюсь

□ моему доверителю, лицу, чьим представителем я являюсь

Ф.И.О._____, дата рождения, проживающего(щая) по адресу _____ _____медицинским работником Клиники: Ф.И.О.___

Я ознакомлен(а) и 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 помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н. Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести: **ОФТАЛЬМОМЕТРИЯ (В-сканирование) (оба глаза).** Цель В-сканирования: выявление патологии сетчатки и стекловидного тела при недостаточной прозрачности оптических сред и объективная оценка акустической плотности и однородности исследуемых тканей. Возможные/альтернативные варианты медицинской услуги: нет. Осложнения/противопоказания: нет. Я проинформирован(а), что могу получить данную медицинскую услугу в других лечебных учреждениях, в том числе в рамках программы обязательного медицинского страхования и при этом выражаю добровольное согласие на получение медицинской услуги в Клинике и оплату данной медицинской услуги, за счет личных средств. Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному; Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я внимательно ознакомился(лась) с приложением и понимаю, что ИДС является неотъемлемой частью медицинской документации. Я ознакомлен(а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего ИДС; Я подтверждаю, что решение о получении медицинской услуги является моим собственным, в предложенном мне (представляемому) объеме и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли. Я полностью отдаю себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

«___» _____ 201__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, является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

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

Информированное добровольное согласие на получение медицинской услуги
КЕРАТОПАХИМЕТРИЯ (оба глаза) в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее ИДС).

г. Пятигорск «____»_____20__г.

Я, _____ дата рождения: «___»_____20___г. даю ИДС на получение/предоставление медицинской помощи в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее по тексту-Клиника), *(нужное отметить)*

□ мне

□ моему ребенку, лицу, чьим законным представителем/опекуном я являюсь

□ моему доверителю, лицу, чьим представителем я являюсь

Ф.И.О._____, дата рождения, проживающего(щая) по адресу _____ _____медицинским работником Клиники: Ф.И.О.___

Я ознакомлен(а) и 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 помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н. Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести: **КЕРАТОПАХИМЕТРИЯ (оба глаза).** Цель: Одновременное получение топографической карты передней и задней поверхности роговицы и измерение ее толщины. Метод медицинской услуги: бесконтактное не инвазивное исследование. Возможные /альтернативные варианты медицинской услуги: контактная методика измерения толщины роговицы без кератотопографии; бесконтактная не инвазивная кератотопография, без пахиметрии. Осложнения/противопоказания: нет. Я проинформирован(а), что могу получить данную медицинскую услугу в других лечебных учреждениях, в том числе в рамках программы обязательного медицинского страхования и при этом выражаю добровольное согласие на получение медицинской услуги в Клинике и оплату данной медицинской услуги, за счет личных средств. Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному; Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я внимательно ознакомился(лась) с приложением и понимаю, что ИДС является неотъемлемой частью медицинской документации. Я ознакомлен(а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего ИДС; Я подтверждаю, что решение о получении медицинской услуги является моим собственным, в предложенном мне (представляемому) объеме и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли. Я полностью отдаю себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

«___» _____ 201__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, является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

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

Информированное добровольное согласие на получение медицинской услуги
УДАЛЕНИЕ ИНОРОДНОГО ТЕЛА РОГОВИЦЫ в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова
(далее ИДС).

г. Пятигорск «____»_____20_ _г.

Я, _____ дата рождения: «___»_____20___г. даю ИДС на получение/предоставление медицинской помощи в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее по тексту-Клиника), *(нужное отметить)*

□ мне

□ моему ребенку, лицу, чьим законным представителем/опекуном я являюсь

□ моему доверителю, лицу, чьим представителем я являюсь

Ф.И.О._____, дата рождения, проживающего(щая) по адресу _____ _____ __медицинским работником Клиники: Ф.И.О._____ _____

Я ознакомлен(а) и 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 помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н. 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 ИТР инструментом (стерильное копье). Возможные/альтернативные варианты медицинской услуги: нет. Осложнения: кератит, язва роговицы, помутнение роговицы. Противопоказания: нет. Я проинформирован(а), что могу получить данную медицинскую услугу в других лечебных учреждениях, в том числе в рамках программы обязательного медицинского страхования и при этом выражаю добровольное согласие на получение медицинской услуги в Клинике и оплату данной медицинской услуги, за счет личных средств. Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному; Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я внимательно ознакомился(лась) с приложением и понимаю, что ИДС является неотъемлемой частью медицинской документации. Я ознакомлен(а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего ИДС; Я подтверждаю, что решение о получении медицинской услуги является моим собственным, в предложенном мне (представляемому) объеме и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли. Я полностью отдаю себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

«___» _____ 201__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, является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

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

Информированное добровольное согласие на получение медицинской услуги
ПРИЕМ (ОСМОТР, КОНСУЛЬТАЦИЯ) ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее ИДС).

г. Пятигорск «____»_____20_ _г.

Я, _____ дата рождения: «___»_____20___г.
даю ИДС на получение/предоставление медицинской помощи в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее по тексту-Клиника), *(нужное отметить)*

□ мне
□ моему ребенку, лицу, чьим законным представителем/опекуном я являюсь
□ моему доверителю, лицу, чьим представителем я являюсь

Ф.И.О._____, дата рождения, проживающего(щая) по адресу _____
_____медицинским работником Клиники: Ф.И.О._____

Я ознакомлен (на) и 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 помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н. Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести: **ПРИЕМ (ОСМОТР, КОНСУЛЬТАЦИЯ) ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА.** Цель: выявление патологии внутренних органов и определение тактики лечения пациента. Метод медицинской услуги: сбор анамнеза, жалоб; осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация. Возможные /альтернативные варианты медицинской услуги: нет. Осложнения/противопоказания: нет. Я проинформирован(а), что могу получить данную медицинскую услугу в других лечебных учреждениях, в том числе в рамках программы обязательного медицинского страхования и при этом выражаю добровольное согласие на получение медицинской услуги в Клинике и оплату данной медицинской услуги, за счет личных средств. Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному; Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я внимательно ознакомился(лась) с приложением и понимаю, что ИДС является неотъемлемой частью медицинской документации. Я ознакомлен(а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего ИДС; Я подтверждаю, что решение о получении медицинской услуги является моим собственным, в предложенном мне (представляемому) объеме и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли. Я полностью отдаю себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

«___» _____ 201__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, является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

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

Информированное добровольное согласие на получение медицинской услуги

ПОДБОР КОНТАКТНОЙ КОРРЕКЦИИ ЗРЕНИЯ (оптических, оптико-косметических, торических контактных линз) в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее ИДС).

г. Пятигорск «___»_____20__г.

Я, _____ дата рождения: «___»_____20___г. даю ИДС на получение/предоставление медицинской помощи в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее по тексту-Клиника), *(нужное отметить)*

□ мне

□ моему ребенку, лицу, чьим законным представителем/опекуном я являюсь

□ моему доверителю, лицу, чьим представителем я являюсь

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

_____медицинским работником Клиники: Ф.И.О._____

Я ознакомлен(а) и 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 помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н. 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 уходам за ними. **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; Ортокератологические линзы (по показаниям); Рефракционная хирургия (по показаниям). **Возможные последствия:** Покраснения глаз, дискомфорт, ощущение инородного тела, слезотечение, светобоязнь, боль, жжение, резь, отделяемое из глаза, временное затуманивание зрения, необратимое снижение зрения. **Предполагаемые результаты:** Улучшение зрения на период ношения контактных линз. Возможные/альтернативные варианты медицинской услуги: нет. Осложнения/противопоказания: нет. Я проинформирован(а), что могу получить данную медицинскую услугу в других лечебных учреждениях, в том числе в рамках программы обязательного медицинского страхования и при этом выражаю добровольное согласие на получение медицинской услуги в Клинике и оплату данной медицинской услуги, за счет личных средств. Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному; Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я внимательно ознакомился(лась) с приложением и понимаю, что ИДС является неотъемлемой частью медицинской документации. Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего ИДС; Я подтверждаю, что решение о получении медицинской услуги является моим собственным, в предложенном мне (представляемому) объеме и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли. Я полностью отдаю себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

«___» _____ 201__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, является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Расписался в моем присутствии: Медицинский работник _____

(Ф.И.О. должность) подпись

Информированное добровольное согласие на получение медицинской услуги

КОСМЕТИЧЕСКИХ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ (цвет) в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее ИДС).

г. Пятигорск «____» _____20__г.

Я, _____ дата рождения: «___»_____20___г. даю ИДС на получение/предоставление медицинской помощи в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее по тексту-Клиника), *(нужное отметить)*

□ мне

□ моему ребенку, лицу, чьим законным представителем/опекуном я являюсь

□ моему доверителю, лицу, чьим представителем я являюсь

Ф.И.О._____, дата рождения, проживающего(щая) по адресу _____ _____медицинским работником Клиники: Ф.И.О._____

Я ознакомлен (на) и 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 помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н. 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 уходам за ними. **Риски:1.** Гипоксические осложнения (отек и васкуляризация роговицы, лимбальная гиперемия, микроцисты эпителия роговицы, полимегатизм); 2. Механические осложнения –эпителиальные повреждения роговицы, конъюнктивы.3. Токсико-аллергические осложнения – аллергические конъюнктивиты, эпителиопатии роговицы. 4. Воспалительные и инфекционные поражения глаз, стерильные инфильтраты, микробные конъюнктивиты и кератиты. **Альтернативные варианты**: Косметические операции (по показанию). **Возможные последствия:** Покраснения глаз, дискомфорт, ощущение инородного тела, слезотечение, светобоязнь, боль, жжение, резь, отделяемое из глаза, временное затуманивание зрения, необратимое снижение зрения. Я проинформирован(а), что могу получить данную медицинскую услугу в других лечебных учреждениях, в том числе в рамках программы обязательного медицинского страхования и при этом выражаю добровольное согласие на получение медицинской услуги в Клинике и оплату данной медицинской услуги, за счет личных средств. Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному; Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я внимательно ознакомился(лась) с приложением и понимаю, что ИДС является неотъемлемой частью медицинской документации. Я ознакомлен(а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего ИДС; Я подтверждаю, что решение о получении медицинской услуги является моим собственным, в предложенном мне (представляемому) объеме и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли. Я полностью отдаю себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

«___» _____ 201__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, является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Расписался в моем присутствии: Медицинский работник _____

(Ф.И.О. должность) подпись

Информированное добровольное согласие на получение медицинской услуги

ПОДБОР ОЧКОВОЙ КОРРЕКЦИИ ЗРЕНИЯ (сложные очки-прогрессивные и астигматические и т.п.) в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее ИДС)

г. Пятигорск «____»_____20__г.

Я, _____ дата рождения: «___» _____20___г. даю ИДС на получение/предоставление медицинской помощи в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее по тексту-Клиника), *(нужное отметить)*

□ мне

□ моему ребенку, лицу, чьим законным представителем/опекуном я являюсь

□ моему доверителю, лицу, чьим представителем я являюсь

Ф.И.О._____, дата рождения, проживающего(щая) по адресу _____ _____медицинским работником Клиники: Ф.И.О._____

Я ознакомлен (на) и 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 помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н. 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).**3**. Длительное адаптация к очкам, которая может происходить постепенно и индивидуально по времени, в зависимости от возраста и степени аномалии рефракции (до 3х месяцев). Чем старше пациент и больше степень аметропии/астигматизма, тем медленнее происходит адаптация. **4**. Необходимость последующего усиления очков до полной коррекции аномалий рефракции. **Альтернативные варианты: 1.** Мягкие контактные линзы (по показаниям); **2.** Жесткие контактные линзы (по показаниям). **3**. Рефракционная хирургия (по показаниям). **Возможные последствия:** Усталость и напряжение в глазах, головные боли. **Предполагаемые результаты:** Улучшение зрения на период ношения очковой коррекции. Я ознакомлен с основными правилами и требованиями при ношении очков, памятку получил. Я проинформирован(а), что могу получить данную медицинскую услугу в других лечебных учреждениях, в том числе в рамках программы обязательного медицинского страхования и при этом выражаю добровольное согласие на получение медицинской услуги в Клинике и оплату данной медицинской услуги, за счет личных средств. Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному; Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я внимательно ознакомился(лась) с приложением и понимаю, что ИДС является неотъемлемой частью медицинской документации. Я ознакомлен(а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего ИДС; Я подтверждаю, что решение о получении медицинской услуги является моим собственным, в предложенном мне (представляемому) объеме и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли. Я полностью отдаю себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

«___» _____ 201__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, является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Расписался в моем присутствии: Медицинский работник _____

(Ф.И.О. должность) подпись

Информированное добровольное согласие на получение медицинской услуги

Оптическое исследование заднего отрезка с помощью компьютерного анализатора (ОКТ); Оптическое исследование переднего отрезка с помощью компьютерного анализатора (ОКТ); Оптическое исследование головки зрительного нерва и слоя нервных волокон с помощью компьютерного анализатора (ОКТ) в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее ИДС).

г. Пятигорск «____»_____20__г.

Я, _____ дата рождения: «___»__ _____20___г. даю ИДС на получение/предоставление медицинской помощи в ООО Глазной клинике «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова (далее по тексту-Клиника), *(нужное отметить)*

□ мне

□ моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь

□ моему доверителю, лицу, чьим представителем я являюсь

Ф.И.О._____, дата рождения, проживающего(щая) по адресу _____ _____медицинским работником Клиники: Ф.И.О.__ _____

Я ознакомлен(а) и 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 помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н. Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести: **Оптическое исследование заднего отрезка с помощью компьютерного анализатора (ОКТ); Оптическое исследование переднего отрезка с помощью компьютерного анализатора (ОКТ); Оптическое исследование головки зрительного нерва и слоя нервных волокон с помощью компьютерного анализатора (ОКТ).** Цель: диагностирование патологии макулярной зоны зрительного нерва. Метод медицинской услуги: не инвазивное бесконтактное сканирование сетчатки и зрительного нерва. Возможные /альтернативные варианты медицинской услуги: нет. Осложнения/противопоказания: нет. Я проинформирован(а), что могу получить данную медицинскую услугу в других лечебных учреждениях, в том числе в рамках программы обязательного медицинского страхования и при этом выражаю добровольное согласие на получение медицинской услуги в Клинике и оплату данной медицинской услуги, за счет личных средств. Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному; Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я внимательно ознакомился(лась) с приложением и понимаю, что ИДС является неотъемлемой частью медицинской документации. Я ознакомлен(а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего ИДС; Я подтверждаю, что решение о получении медицинской услуги является моим собственным, в предложенном мне (представляемому) объеме и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли. Я полностью отдаю себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

«___» _____ 201__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, является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Расписался в моем присутствии: Медицинский работник _____ _____

(Ф.И.О. должность) подпись