Информированное добровольное согласие пациента на проведение анестезиологического пособия.

г. Пермь «27» января 2026

Я, нижеподписавшийся Иванов Иван Иванович, проживающий по адресу г.Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1 паспорт 0000 000000, выдан ГУ УУ РФ«1» января 2020, код подразделения 200-000, в соответствии со ст. 32, 36 “Об Основах охраны здоровья граждан в РФ” от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне анестезиологического пособия при:
1. Я информирован(а) о виде показанного мне анестезиологического пособия:
- общая анестезия (внутривенная, комбинированная, многокомпонентная);
- спинальная анестезия;
(нужное подчеркнуть)
2. Содержание и цели анестезиологического пособия, возможные опасности и осложнения мне полностью объяснены, и я их понял(а). Полностью ясными для меня являются следующие особенности методы, которые не зависят от качества оказываемых мне анестезиологических мероприятий:
- возможность изменения тактики и метода обезболивания при изменении моего состояния и/или течения операции;
- возможность развития аллергических реакций на применяемые препараты; возможность применения дополнительных средств мониторинга: катетеризация центральных и периферических вен, мочевого пузыря, установка желудочного и кишечного зондов и др.;
- побочные эффекты примененных препаратов: сонливость и нарушение концентрации внимания, тошнота и рвота, головная боль, мышечные боли и прочее;
- временная частичная потеря голоса, боли в горле после удаления эндотрахеальной трубки;
- временная частичная или полная потеря подвижности конечностей при эпидуральной или спинальной анестезии;
- несмотря на всестороннюю профилактику осложнений, осуществляемую анестезиологическим персоналом с целью свести риск их появления к минимуму, во время и после операции возможно развитие осложнения (кровотечение, тромбофлебит, тромбоэмболия, а также специфических осложнений, характерных для данного вида анестезиологического пособия). В редких случаях для ликвидации осложнений может потребоваться операция.
3. Я предупрежден(а) о том, что нарушение рекомендаций анестезиолога ставит под сомнение получение запланированного результата лечения и проведение анестезиологического пособия.
А именно:
- прекращение приема твердой пищи за 6 часов, воды за 2 часа до предполагаемого времени анестезии; исключение составляют случаи приема ограниченного количества воды для приема лекарств или случаи, особо оговоренные с анестезиологом;
- самовольная отмена или отказ назначенных анестезиологом препаратов или методов обследования;
- сокрытие мною фактов непереносимости препаратов, сопутствующей патологии, самовольное изменение проводимого мне лечения или подготовки к операции.
4. У меня ранее не было аллергических реакций и я отказываюсь от направления меня на лабораторные аллергопробы.
5. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы.
Заключение:
Получив информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением анестезии, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление и я осознанно принимаю решение о проведении мне анестезиологического пособия.
Подписано мною собственноручно в присутствии анестезиолога _____

Пациент Иванов И.И. Подпись ✓ _____

Врач _____Подпись_____

«27» января 2026

ООО «Медицинский центр «Евромедсервис»

Информированное добровольное согласие на проведение эндоскопического вмешательства

Я, **Иванов Иван Иванович**, проживающий по адресу Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1, паспорт 0000 000000, выдан ГУ УУ РФ «1» января 2020, код подразделения 200-000, на основании ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья в Российской Федерации» информировал(а) Врач-Эндоскопист, Антонюк Илья Александрович
- о предстоящем вмешательстве
- о показаниях к нему
- о связанном с вмешательством риске
- об особенностях, перспективах и **возможных осложнениях** выбранного способа лечения: кровотечение, перфорация.
- о возможных аллергических реакциях на препаратах, о которых неизвестно было заказчику до начала лечения и которые способны привести к серьезным осложнениям вплоть до летального исхода (по статистике 0,2%).
- о возможных тромбоэмболических осложнениях послеоперационного периода /инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения /инсульт, тромбоэмболии /закупорке легочной артерии/, встречающихся в 0,3-7 процентах случаях в зависимости от возраста и сопутствующей патологии.
- о методе обезболивания.
Кроме того, мне разъяснено, что плохая переносимость процедуры пациентом; недостаточно качественная подготовка к исследованию по причине не соблюдения мной предписаний врача или особенности моего организма может стать объективной причиной отказа врача от проведения данного вмешательства.
Я признаю право врача прервать исследование в случае, если:
- в ходе исследования будет выявлена невозможность продолжения исследования по физиологическим или анатомическим причинам, а также факторы, которые могут повлечь за собой осложнения или другие негативные последствия для пациента;
- из-за выхода оборудования из строя;
- выявления объективных, не зависящих от воли врача или пациента обстоятельств.
Мне разъяснены возможные последствия отказа от эндоскопического вмешательства. Мне разъяснено мое право отказаться от предложенного мне вида эндоскопического вмешательства в любое время до начала его выполнения, при этом, я не лишусь квалифицированной медицинской помощи. Я, подписывая данный документ, даю свое согласие врачу **Врач-Эндоскопист,Антонюк Илья Александрович .** провести мне

Таблица услуг

№	Наименование услуг	Ед. изм.	Кол-во	Стоимость услуги (руб.)	Сумма (руб.)
1	Первичная консультация пластического хирурга	шт.	1	2000,00	2000,00
					Итого: 2000,00

. В случае возникновения непредвиденных ситуаций в ходе вмешательства, я доверяю врачу изменить объем вмешательства в соответствии с полученными дополнительными данными. Я подтверждаю, что врач был мной проинформирован об известных мне на дату подписания настоящего документа проблемах со здоровьем, хронических и инфекционных (в т.ч. ВИЧ, гепатит) заболеваниях, о всех случаях аллергической или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами, беременности. У меня ранее не было аллергических реакций и я отказываюсь от направления меня на лабораторные аллергопробы. Я признаю свою ответственность в случае умышленного сокрытия данной информации от медицинской организации и врачей. Я удостоверяю, что текст мною прочитан, я имел(а) возможность задать вопросы и получил(а) на них ответы. Полученные объяснения меня удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа.

Пациент ✓ _____/Иванов И.И.

Подпись врача _____Антонюк Илья Александрович

«27» января 2026

ООО «Медицинский центр «Евромедсервис»

Информированное согласие на обработку персональных данных.

Я, нижеподписавшийся **Иванов Иван Иванович**, проживающий по адресу Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1, паспорт 0000 000000, выдан ГУ УУ РФ «1» января 2020, код подразделения 200-000, даю свое согласие ООО «Медицинский центр «Евромедсервис», адрес: 614000, Россия, г. Пермь, ул. Пушкина,7 (далее - Оператор), на обработку своих персональных данных, на следующих условиях:

1. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных, подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных, включающих: в том числе – фамилия, имя, отчество, год, место, дата и место рождения, паспортные данные, национальность, семейное положение, образование, профессия, состояние здоровья, контактные телефоны, адрес регистрации, адрес фактического проживания, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и прочее в медико-профилактических целях, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

2. Субъект дает согласие на обработку Оператором своих персональных данных, то есть совершение следующих действий: обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных). При этом, общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ, а также на передачу такой информации третьим лицам в случаях, установленных действующим законодательством.

3. Настоящее согласие действует бессрочно. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

4. Настоящее согласие может быть отозвано Субъектом в любой момент. В случае неправомерного использования предоставленных данных соглашение отзывается письменным заявлением Субъекта персональных данных.

5. Субъект по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных и отзыв Согласия на обработку персональных данных в соответствии с п. 4 ст. 14 Федерального закона №152-ФЗ.

«27» января 2026

Подпись субъекта персональных данных ✓ _____/Иванов И.И.