

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Я _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения,
проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я (ФИО), _____, _____ г. рождения

Зарегистрированный по адресу: _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным _____

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения.

- Мне даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

- Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком работы и правилами обслуживания в АО «Первая оптическая компания» и обязуюсь их соблюдать;

- Добровольно даю свое согласие на проведение опроса, в том числе выявления жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпацию, антропометрические исследования, неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе инстилляции в конъюнктивальную полость. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (лицу мной представляемому) делать во время их проведения;

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

Этот раздел бланка заполняется, если пациенту подобраны контактные линзы.

Подобраны контактные линзы _____

Срок плановой замены _____

Навыкам надевания, снятия обучен.

Рекомендации по безопасному применению и уходу за контактными линзами прослушал.

С симптомами, требующими срочного обращения к врачу, ознакомлен.

О возможных осложнениях при несоблюдении правил ухода и использования контактных линз свыше установленного срока службы и нарушении режима ношения предупрежден.

Инструкцию по использованию контактных линз и уходу за ними получил на руки.

Контактные линзы получены без дефектов, претензий к качеству не имею.

" ____ " _____ 20__ года. Подпись пациента/законного представителя _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (подпись) _____

(Должность, И.О. Фамилия)