

Приложение № 1  
к договору об оказании медицинских услуг № \_\_\_\_\_  
от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА  
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**Я, \_\_\_\_\_,  
(Фамилия, имя, отчество полностью)  
\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_,**Этот раздел бланка заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан:**Я, \_\_\_\_\_  
Паспорт: № \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_,  
Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)  
\_\_\_\_\_ года рождения  
(Фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина (полностью))**на основании статьи 20 Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»,  
даю информированное добровольное согласие на проведение компьютерной томографии:**

1. Я в полной мере проинформирован(а) о порядке проведения и содержании всех необходимых диагностических мероприятий.
2. Я в полной мере проинформирован(а) о характере предстоящих исследований, связанном с ними риском и возможном развитии неприятных ощущений, осложнений и последствий: 1) аллергических реакций при введении контрастного вещества; 2) возможной клаустрофобии.
3. Я проинформирован(а) о строгих противопоказаниях к исследованию с контрастным усилением: **наличие аллергической реакции на йод и йодсодержащие препараты.**
4. Я проинформирован(а) об альтернативных данному виду методах диагностики (магнитно-резонансная диагностика, ультразвуковое сканирование). Я предупрежден(а) о последствиях отказа от предлагаемого метода исследования.
5. Мне разъяснено, что в ходе выполнения исследования, может возникнуть необходимость расширения объема диагностических мероприятий. Я доверяю врачам ООО «МедиСкан» выполнять все необходимые действия, которые врач-рентгенолог сочтет необходимым для проведения исследования.
6. Я предоставил(а) врачу-рентгенологу все известные мне данные о состоянии своего (или лица, законным представителем которого я являюсь) здоровья, а также всю известную мне информацию о проблемах, связанных с моим здоровьем (или лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе **об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, о беременности (для женщин)**, обо всех перенесенных мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (на лицо, законным представителем которого я являюсь) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах и указал данную информацию в медицинской документации.
7. Я согласен(а) на возможное введение контрастного препарата и отрицаю наличие у себя следующих заболеваний: **бронхиальная астма; тяжелые заболевания печени и/или почек сопровождающиеся печеночной и/или почечной недостаточностью; поливалентную лекарственную аллергию, аллергическую реакцию на йод и йодсодержащие препараты.**
8. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы. Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа.

Аллергические реакции: \_\_\_\_\_  
Туберкулез: \_\_\_\_\_  
Гепатит (А,В,С): \_\_\_\_\_  
ВИЧ: \_\_\_\_\_  
Операции: \_\_\_\_\_ Если да, то какие \_\_\_\_\_  
**Для женщин:**  
Беременность: \_\_\_\_\_Пациент или законный представитель \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка)Врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.