

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Я, _____
(Фамилия, Имя, Отчество пациента)
« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

даю информированное добровольное согласие на получение медицинской помощи в ООО «ЛЕНЦ-98», в дальнейшем именуемое «Исполнитель».

Настоящим Согласием подтверждаю, что:

- Мною предоставлена полностью имеющаяся на сегодняшний день информация о состоянии моего здоровья и я соглашаюсь на проведение осмотра глаз, манипуляции и исследования, связанные с подбором ортокератологических линз.
- Меня ознакомили с возможностями, целями и особенностями метода контактной коррекции зрения: ортокератология (рефракционная терапия роговицы).
- Мне объяснили механизм и принципы действия данного метода контактной коррекции зрения.
- Меня предупредили о системе подбора линз и последующих обязательных систематических осмотрах у врача-офтальмолога в кабинете Исполнителя (после первой ночи ношения линз, через две недели ношения линз, через месяц после начала ношения далее, через 3,6,12 месяцев)
- Меня проинформировали в устной и письменной форме о правилах эксплуатации ортокератологических (ОК) линз, ознакомив с текстом и условиями Инструкции.
- Меня проинформировали о предположительном результате данного метода контактной коррекции зрения.
- Меня проинформировали о рисках, связанных с данным методом коррекции, в том числе о вероятности развития осложнений: микробный кератит, конъюнктивит, отек роговицы, язва роговицы в случае несоблюдения правил по использованию линз или несвоевременным обращением за медицинской помощью.
- Меня проинформировали, что при малейшем дискомфорте глаз, покраснении, светобоязни, я обязуюсь немедленно звонить лечащему врачу по указанному в Инструкции телефону круглосуточно для консультации и(или) для записи на срочный осмотр, либо в течение 12 часов обратиться за помощью в ближайшее медицинское учреждение.
- Мне могут предоставить дополнительную информацию по тел. Исполнителя **+7(495) 763-30-73**, на сайте: www.optimistoptica.ru или по одному из адресов Исполнителя:
г. Москва, 1-й Хорошевский пр., д. 4, корп.1; Лубянский проезд 27/1, 9 подъезд, каб. 536; Московская обл., г. Балашиха, ул. Свердлова, 16/5
- Мне разъяснено, что я имею право в любое время по моему желанию отказаться от дальнейшего получения медицинских услуг, предоставляемых мне Исполнителем.
- Мною получена необходимая информация о выбранном мной методе контактной коррекции зрения, мне ответили на все вопросы, заданные мной по поводу этого метода, и я согласен(на) на получение медицинских услуг, предоставляемых мне Исполнителем на условиях, изложенных в настоящем Согласии.
- У меня было достаточно времени, чтобы принять решение о необходимости получения мной медицинских услуг, предоставляемых Исполнителем.
- Я имею возможность задать любые дополнительные вопросы по поводу предоставленных мне Исполнителем услуг персоналу Исполнителя и получить на них ответы.
- Я согласен на проведение врачом-офтальмологом первичного осмотра и обязательных систематических осмотров в кабинете Исполнителя в течение всего периода ношения линз.
- Я согласен нести ответственность за выполнение правил ношения и ухода за линзами, изложенными в Инструкции, т.к. понимаю, что несоблюдение данных правил может повлечь за собой ряд возможных осложнений по моей вине.
- Я добровольно соглашаюсь, чтобы мои медицинские данные, полученные в ходе получения предоставляемых медицинских услуг Исполнителем, использовались в научных целях и могли быть опубликованы с обязательным условием соблюдения правил конфиденциальности.
- Я получил (а) экземпляр «Информированного согласия пациента».

Фамилия, Имя, Отчество пациента

Подпись пациента

Если пациент несовершеннолетний () лет или неспособен дать согласие поскольку _____

Ф И О опекуна или родителя

Подпись опекуна или родителя

Фамилия, Имя, Отчество врача

Подпись врача

Ф И О опекуна или родителя

Дата оформления: « ____ » _____ г.