

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
пациента на предоставление ему медицинской услуги (курса услуг)
«Минифлебэктомия»
(А16.12.006.001 - Удаление поверхностных вен нижней конечности)
в ООО «ВЕНЗДРАВ»,

Дата: « ____ » _____ 20 ____ г.

Я,

являясь законным представителем

даю информированное добровольное согласие (далее по тексту – Согласие) на предоставление медицинской услуги (курса услуг) **«Минифлебэктомия» (А16.12.006.001 - Удаление поверхностных вен нижней конечности)** (далее по тексту – Услуга) в ООО «ВЕНЗДРАВ», расположенном по адресу: г. Ульяновск, ул. Льва Толстого, д. 38\16 помещ.112 (далее по тексту – Клиника).

Причины предоставления Услуги: наличие моего желания, медицинских показаний, технической возможности Клиники, а также отсутствие противопоказаний для предоставления Услуги.

Описание Услуги. Минифлебэктомия вен – это хирургическая операция удаления варикозных вен при помощи проколов или небольших разрезов кожи. Крючок вводится через прокол кожи и продвигается в направлении, перпендикулярном ходу вены. После захвата сосуда, производится его аккуратное выведение в рану. После чего вена захватывается зажимом. Затем вращательными движениями происходит удаление варикозной вены. После завершения процедуры накладываются стерильные повязки и одевается компрессионный трикотаж.

Цели предоставления Услуги: устранить эстетические дефекты, связанные с наличием варикоза, варикозных узлов; сохранить, продлить и повысить качество жизни; восстановить, улучшить и поддержать здоровье.

Показания к предоставлению Услуги: варикозно расширенные вены, узлы; варикозное расширение притоков магистральных вен и наличия в них рефлюкса; рецидивирующий тромбофлебит; кровотечение из венозных узлов; трофические нарушения, связанные с хронической венозной недостаточностью; хронический венозный отёк; гиперпигментация кожи; трофическая язва.

Противопоказания к предоставлению Услуги: тяжелое общее состояние; острые инфекционные заболевания; хронические заболевания в стадии декомпенсации (сердечная недостаточность, декомпенсация сахарного диабета, почечная и печеночная недостаточность, тяжелая артериальная гипертензия); беременность и кормление грудью; инфекция кожи в области ног; нарушение свертывания крови; другие заболевания, ограничивающие подвижность больного в послеоперационном периоде (параличи, нарушение ходьбы из-за суставной патологии и др.); предрасположенность к образованию коллоидных рубцов; системные заболевания соединительной ткани; хроническая артериальная ишемия нижних конечностей; первичная или вторичная лимфедема; прием гормональных препаратов.

Иные противопоказания к предоставлению Услуги обсуждаются с врачом индивидуально на основании данных, указанных в медицинской документации.

Рекомендованный курс предоставления Услуги: индивидуальный.

Риски при предоставлении Услуги: несоответствие предполагаемых ожиданий от результата предоставляемой Услуги и фактическим состоянием; возможные незапланированные финансовые расходы на предоставление побочных и дополнительных медицинских услуг; отсрочка положительного результата после предоставления Услуги до нескольких месяцев; возможные осложнения после предоставления Услуги и необходимость их коррекции; временное ухудшение самочувствия и общего состояния организма.

Альтернативные варианты предоставления Услуги. Я подтверждаю, что до принятия решения о предоставлении мне данной Услуги, я ознакомлен(на) с предложенными мне альтернативными вариантами предоставления услуг, направленных на достижение целей, указанных в настоящем Согласии. Я осознанно выбираю данную Услугу из числа предложенных и согласен(на) на её предоставление.

Предполагаемый результат предоставления Услуги. Я согласен(на) с тем, что так как результат предоставления Услуги почти всегда носит нематериальный характер и выражается в достижении определённого состояния, и так как действия биологических законов и процессов, затрагиваемых при медицинском вмешательстве, не подвластны ни абсолютному контролю, ни воле со стороны человека, то Клиника, по независящим как от неё, так и от меня причинам, не может гарантировать только лишь положительный результат предоставленной Услуги. Даже при надлежащем выполнении обеими сторонами своих обязательств по договору, применении самых результативных и зарекомендовавших себя достижений современной медицинской науки, результат предоставления Услуги не является на 100 % прогнозируемым и может выражаться как в восстановлении, улучшении, так и в отсутствии каких-либо изменений и даже в ухудшении патологических процессов.

Возможные побочные реакции после предоставления Услуги: кровотечение; инфицирование; тромбоз, тромбофлебит; длительно непроходящая гиперпигментация (потемнение кожи); возникновение рубцов.

Я информирован(а), что существует редкая вероятность индивидуальных побочных эффектов или серьезных осложнений. Мне известно, что строгое соблюдение рекомендаций поможет этого избежать.

Анестезия. Мне разъяснено, что при предоставлении Услуги возможно применение инъекционной или проводниковой анестезии. Я проинформирован(а) об основных преимуществах и осложнениях анестезии, которые могут проявляться в виде различных аллергических реакциях (анафилактического шока, отёка Квинке, обморока, коллапса и др.) и постинъекционных гематом и полностью согласен(а) на её применение.

Рекомендации после предоставления Услуги предоставлены мне в полном объёме. Я понимаю, что несоблюдение указанных рекомендаций, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моём здоровье.

Вариативность Услуги в процессе её предоставления. Я предупреждён(а) и согласен(а) с тем, что объём манипуляций в ходе предоставления Услуги может варьироваться, а окончательный выбор объёма корректируется во время предоставления Услуги врачом. В случае необходимости корректировки Услуги или предоставления другой медицинской услуги я доверяю своему лечащему врачу принять соответствующее решение и выполнить любые медицинские действия, которые он сочтёт необходимыми.

Информация о своём здоровье. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе: об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности.

Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я понимаю, что предоставление Услуги при существующих противопоказаниях к ней, могут спровоцировать нежелательные побочные эффекты.

Я утверждаю, что вышеуказанных противопоказаний, а также индивидуальных противопоказаний к предоставлению Услуги, о которых мне сказал лечащий врач, у меня нет. При появлении у меня противопоказаний к предоставлению Услуги после подписания настоящего согласия обязуюсь уведомить об этом врача, предоставляющего мне Услугу. В противном случае ответственность за неуведомление лежит на мне.

Я признаю, что не признан судом недееспособным вследствие психического расстройства и надо мной не установлена опека, равно как и то, что я не ограничен судом в дееспособности вследствие наличия психического расстройства или пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами и надо мной не установлено попечительство.

Информирование об Услуге. Я в полной мере проинформирован(а) об особенностях предоставления Услуги, о методе её предоставления, этапах её выполнения, показаниях, противопоказаниях, возможных побочных реакциях, осложнениях, возможном риске, последствиях и результатах.

Получив полную информацию о предстоящей Услуге, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на её предоставление. Настоящее согласие совершено мною по собственной воле и закрепляет действительное намерение предоставить указанную в настоящем согласии Услугу.

Я имел(а) возможность задать моему лечащему врачу все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы. Данное согласие является письменным подтверждением обсуждения мною с медицинским работником вышеупомянутой Услуги. Я подтверждаю, что до подписания данной формы согласия я прочитал(а) и понял(а) всю представленную мне информацию.

Я согласен(на), что при смене врача, предоставляющего мне Услугу, все положения настоящего согласия сохраняются. В этом случае обоим сторонам подписывать новое согласие не требуется.

Обращение в стороннее медицинское учреждение. Я согласен(а) с тем, что в период предоставления Услуги (курса услуг) без согласования с лечащим врачом или администрацией Клиники при обращении в стороннее медицинское учреждение (исключая экстренные и неотложные состояния по жизненным показаниям) для продолжения предоставления Услуги (курса услуг) или устранения допустимых реакций организма, осложнений - исключает виновное пренебрежение законным интересам пациента со стороны Клиники, и последняя не принимает на себя ответственности за проведение альтернативного вмешательства, делающим невозможным завершить неоконченную Услугу.

Сроки осмотра. Я информирован(а) о том, что в течение трёх дней после предоставленной мне Услуги я должен(на) явиться на плановый осмотр к лечащему врачу Клиники, а также на контрольный осмотр к своему лечащему врачу, дату которого устанавливает последний. При отсутствии в течение этого срока побочных реакций после предоставления Услуги и претензий к результату предоставленной Услуги я являюсь на плановый и контрольный осмотры по своему усмотрению в согласованное с врачом время.

Использование данных. Я информирован(а), что Клиника оставляет за собой право на фото- и видеосъемку (фото- и видеопроотоколирование) меня в до и послеманипуляционный (послеоперационный) период для надежного оформления медицинской документации в целях оценки качества и прогресса предоставления Услуги, наблюдения реакции на медицинское вмешательство, а также для информирования иных пациентов в научных и образовательных целях.

Я согласен(а), что Клиника самостоятельно определяет сюжет фото- и видеосъемки, содержание комментариев, предисловий и послесловий, пояснений, контекста фото- и видеоматериалов. Я согласен(а), что Клиника самостоятельно определяет размер фото- и видеоматериалов, географию и продолжительность их использования, способы их редактирования.

Я согласен(а), что Клиника имеет право использовать фото- и видеоматериалы для создания рекламных полиграфических изделий (листовок, каталогов), во всех периодических и неперіодических изданиях как иллюстрации к статьям, на официальном сайте Клиники, а также на других сайтах в сети «Интернет», в любых видах наружной рекламы без дополнительного вознаграждения.

Я согласен(а), что Клиника не будет согласовывать со мной планируемые к использованию фото- и видеоматериалы.

Я согласен(а), что Клиника не будет использовать мои настоящие персональные данные, включая ФИО и возраст при публикации фото- и видеоматериалов.

Я осознаю и даю согласие, что в процессе размещения фото- и видеоматериалов с моим участием в открытых источниках, может быть разглашена информация о факте моего обращения в медицинское учреждение Клиники.

Я согласен(а), что полученные фото- и видеоматериалы не будут использоваться Клиникой для целей идентификации личности, а потому не являются биометрическими данными и их обработка не требует моего письменного согласия на обработку биометрических данных.

Подпись, фамилия, инициалы пациента (представителя):

Подпись, фамилия, инициалы медицинского работника:
