|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Уведомление пациента о последствиях лечения и рекомендациях** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Уважаемый пациент! | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| В соответствии с пунктом 24 Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006", ООО "Клиника здорового позвоночника", уведомляет Вас, о том, что существуют зависящие от Вас обстоятельства, которые влияют на результат оказания услуг, на их эффективность, безопасность, на сроки оказания и длительность полезного действия услуг, а именно: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - строгое соблюдение всех рекомендаций и предписаний врача(специалистом), выполнение указаний персонала во время оказания услуг; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - явка на приём к врачу (специалисту)в назначенный срок. Пропуск визитов к врачу(специалисту) отражается на сроках лечения и может привести к побочным эффектам и осложнениям; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - предоставление врачу точной и подробной информации о состоянии своего здоровья, включая сведения о перенесённых и имеющихся заболеваниях, а также наличие в день приема острых воспалительных или инфекционных заболеваний, обострения хронических заболеваний, непереносимости лекарств, препаратов, процедур и лечении, проводимом вне нашей медицинской организации. Отсутствие данных сведений не позволит врачу подобрать оптимальный план лечения и план реабилитации, также не позволит спрогнозировать его исход, и сроки оказания услуг(и); | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - информирование врача при первой возможности обо всех изменениях в состоянии здоровья, в процессе и после лечения, т.к. не информированность врача об этом, может привести к непредвиденным реакциям организма и вызвать иные осложнения как во время оказания услуги, так и ходе прохождения реабилитации ; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - для обеспечения возможности проведения лечения или повышения его качества, может возникнуть необходимость проведения специализированных лечебных, профилактических или диагностических мероприятий в других медицинских организациях.Своевременное и точное выполнение назначенных врачом мероприятий вне медицинской организации (диагностика, консультации специалистов, лечебные и профилактические процедуры) влияют на сроки окончания лечения, его качество, исход и прогноз; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Лечащий врач перед началом лечения проинформирует Вас об возможных осложнениях и других побочных эффектах медицинского вмешательства, в том числе о тех, которые могут возникнуть вследствие биологических особенностей организма, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, такие явления не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований. Услуги(а) будут(ет) оказаны(а) после получения Вашего добровольного согласия.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| С уведомлением ознакомлен | | | | | | | |  | | | | | | | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |