

Анкета о вашем здоровье

Уважаемый(ая) _____

Сообщенные Вами сведения позволят врачу подобрать эффективную анестезию, лекарства и методы лечения, правильно составить план лечения. По каждому пункту анкеты необходимо ответить ДА или НЕТ. Ваши данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
Заболевания сердца	Да	Нет
Инфаркт миокарда	Да	Нет
Наличие кардиостимулятора	Да	Нет
Заболевания сосудов	Да	Нет
Инсульт	Да	Нет
Повышение или понижение артериального давления	Да	Нет
Заболевание легких	Да	Нет
Бронхиальная астма	Да	Нет
Заболевания желудочно-кишечного тракта	Да	Нет
Заболевание печени	Да	Нет
Заболевания почек	Да	Нет
Заболевания щитовидной, паращитовидной и других желез	Да	Нет
Сахарный диабет	Да	Нет
Травмы	Да	Нет
Сотрясение головного мозга	Да	Нет
Заболевания уха, горла, носа	Да	Нет
Заболевания костной системы, суставов	Да	Нет
Заболевания кожи	Да	Нет
Нейродермит	Да	Нет
Инфекционные заболевания (Вич, Гепатит, Туберкулез и др.)	Да	Нет
Головные боли (в том числе беспричинные)	Да	Нет
Бывает ли головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или других лекарственных препаратов	Да	Нет
Проводилась ли лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет	Да	Нет
Были ли операции	Да	Нет
Другие заболевания	Да	Нет
АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ		
На местные анестетики	Да	Нет
На антибиотики	Да	Нет
На сульфаниламиды	Да	Нет
На препараты йода	Да	Нет
На гормональные препараты	Да	Нет
На другие лекарственные препараты (если да, укажите какие)	Да	Нет
На пыльцу, растения	Да	Нет
На пищевые продукты	Да	Нет
На шерсть животных	Да	Нет
На другие вещества	Да	Нет
ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В НАСТОЯЩЕМ ВРЕМЕНИ ИЛИ В ПОСЛЕДНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ		
Постоянно или периодически принимаю лекарственные препараты (если да, то какие)	Да	Нет

Лечусь (проводилось лечение)	Да	Нет
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ		
Являюсь донором	Да	Нет
	Да	Нет
ДЛЯ ПАЦИЕНТОК		
Вы беременны	Да	Нет
Являетесь кормящей матерью	Да	Нет
Имеются нарушения менструального цикла	Да	Нет
Постоянно или периодически принимаете противозачаточные препараты	Да	Нет
Последнее посещение врача-гинеколога в (мес. Год)	Да	Нет

Я подтверждаю, что сообщил достоверную информацию о всех известных мне на данный момент проблемах со здоровьем и обязуюсь сообщить своему лечащему врачу о вновь выявленных проблемах, если таковые будут.

Дата: _____

Подпись: _____

ООО «НИКА СПРИНГ ЦЕНТР»

Форма информационного согласия на предоставление результатов обследования состояния здоровья и планируемого лечения.

Я, _____, информирован(а) и подтверждаю свое согласие с тем, что единственным конфиденциальным и точным способом передачи мне информации о состоянии моего здоровья, включая результаты лабораторных исследований, является личная беседа с моим лечащим врачом. Я понимаю, что ни один из других способов передачи сведений о состоянии моего здоровья не может гарантировать точной интерпретации этих сведений.

В соответствии со статьями №№ 13, 19 п.5, 20, 22 «Основ законодательства об охране здоровья граждан» ФЗ РФ от 21.11.11 №323-ФЗ я прошу разрешить лечащему врачу предоставлять мне информацию, в том числе и результаты анализов, одним или несколькими средствами связи из перечисленных ниже (указать прописью):

1. Только при личной беседе с лечащим врачом в клинике _____ (лично)
2. Телефон _____ (указать номер) _____ (кодовое слово)
3. E-mail _____ (указать адрес электронной почты)

Я также понимаю, что информация, полученная мною от сотрудников медицинского учреждения, не являющихся моим лечащим врачом или зав. отделением, может носить только справочный характер и не при каких обстоятельствах не может быть использована мною в целях лечения, диагностики или иных действий, направленных на изменение состояния моего здоровья, кроме случаев оказания мне экстренной, неотложной помощи.

В соответствии со статьями №№19 п.5, 22 ФЗ РФ от 21.11.11 №323-ФЗ «Основ законодательства об охране здоровья граждан» прошу предоставить информацию о состоянии моего здоровья лично мне _____

(подпись)

моему представителю _____

_____ (прописью ФИО представителя, контактная информация)

В случае изменения одного или нескольких средств связи из перечисленных выше, обязуюсь уведомить в письменном виде сотрудников медицинского учреждения (административный персонал).

Дата:

Подпись:

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина
либо законного представителя)

"__" "__" _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту
регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

"__" "__" _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании
законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «НИКА СПРИНГ ЦЕНТР»

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Перечень

определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

«__» _____ Г.
(дата оформления)

**Уведомление
о возможности получения помощи в рамках программ государственных гарантий**

Я, _____
(Ф.И.О. пациента, полностью)

информирован(а) о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

«__» _____ 20__ г.

_____/_____/_____
(подпись) (Ф.И.О.)