

Информированное письменное добровольное согласие Пациента на оказание медицинских услуг

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения».

1. Я, как законный представитель подписывая настоящий документ, даю согласие медицинскому персоналу сети глазных клиник Astana Vision выполнять следующие виды медицинских услуг:

- диагностическое обследование, включающее в себя по показаниям необходимый объём измерений анатомических параметров органа зрения, физических параметров, функциональных показателей с последующей консультацией врача для достоверной постановки диагноза и определения тактики лечения/наблюдения.

2. Я информирован о том, что в процессе диагностического обследования мне могут быть закапаны глазные капли, расширяющие зрачки, в связи с чем временно будет снижена острота зрения.

3. Я информирован о том, что обследование вместе с консультацией Врача занимает 1,5 – 3 часа.

4. Я знаю, что обязан перед началом выполнения диагностических процедур поставить в известность врача о всех проблемах со здоровьем, аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных и диагностических средств. Также я даю согласие не изменять назначенный план лечения без согласования с лечащим или дежурным врачом.

5. Мне разъяснено, и я осознал, что некоторые контактные методы исследования в процессе их выполнения могут приводить к временному обратимому повреждению тканей роговицы и конъюнктивы глаза.

6. Я осознаю, что используемые при обследовании приборы имеют технологические пределы точности измерения, что иногда может привести к погрешностям в определении параметров органов зрения.

7. Я информирован, что существуют другие медицинские учреждения, где мне может быть оказана медицинская помощь в лечении имеющегося у меня заболевания органов зрения, а также об альтернативных методах лечения. Также осознаю возможные риски и осложнения при проведении офтальмологического лечения и преимущества, которые могут быть результатом этого вида медицинского вмешательства.

8. Подписывая настоящий документ и оплачивая стоимость услуг в кассе я даю согласие на предоставление сведений персонализированного характера и обработку моих персональных данных.

9. Мне разъяснено, что мне будет предоставлена возможность задать вопросы Врачу о своем заболевании, о предложенном медицинском вмешательстве и возможных осложнениях после него.

Я информирован о том, что в рамках данного Договора в течение срока актуальности обследования со дня первичного осмотра имею право на 1 дополнительную бесплатную консультацию, при возникновении вопросов по назначенному лечению. Результаты обследования действительны от 1 до 3 месяцев и указываются в выписке пациента.

10. Я ознакомлен и согласен с условиями Договора на оказание платных медицинских услуг сети глазных клиник Astana Vision. При подписании настоящего согласия я подтверждаю, что в дееспособности не ограничен, не страдаю заболеваниями, могущими препятствовать осознанию сути подписываемого согласия, а также подтверждаю, что не нахожусь под влиянием заблуждения, обмана, насилия, угрозы, злонамеренного соглашения или стечения

тяжелых обстоятельств. Содержание настоящего документа мною прочитано, оно полностью мне понятно, и я согласен(а) с ним и удостоверяю своей подписью.

Подбор очков в день диагностики не выполняется.

