

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. 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 и будет временно невозможно вождение транспортных средств.
3. Я информирован о том, что обследование вместе с консультацией Врача занимает 1,5 – 2 часа.
4. Мне разъяснено, что при наличии у меня анизометропии (разницы рефракции между глазами) более 1,50 дптр по сферическому компоненту и/или величины астигматизма более 1,50 дптр, подбор очков и контактных линз осуществляется на платной основе. Любой подбор очков, в т.ч. и на платной основе сложных очков, может осуществляться только после окончания действия медикаментозного мидриаза (расширения зрачков), в согласованное с клиникой время и не позднее 1 месяца с момента первичной диагностики.
5. 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, а также злоупотреблением алкоголем или наркотическими препаратами. Также я даю согласие не изменять назначенный план лечения без согласования с лечащим или дежурным врачом.
6. 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 с временной нетрудоспособностью после окончания диагностики. Содержание указанных выше медицинских действий, связанные с ними риски, возможные осложнения и последствия, включая временную нетрудоспособность, мне известны.
7. Я осознаю, что используемые при обследовании приборы имеют технологические пределы точности измерения, что иногда может привести к погрешностям в определении параметров органов зрения.
8. 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.
9. Подписывая настоящий документ и оплачивая стоимость услуг в кассе я даю согласие на предоставление сведений персонализированного характера и обработку моих персональных данных.
10. 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.

11. 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 с ним и удостоверяю своей подписью.

