NeiroMed
Ārstn. iest. kods: 001000379
G. Astras iela 8b, Rīga, LV – 1082
Tālrunis: 29 222 606
astra@neiromed.lv
www.neiromed.lv

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА КОНСУЛЬТАЦИЮ И ОБСЛЕДОВАНИЯ

Пациент
Фамилия, имя: _____

Персональный код

_____

Контактная информация
Телефон: _____

Представитель (если применимо)
Фамилия, имя, персональный код:

_____

Я подтверждаю, что добровольно соглашаюсь на консультацию врача/медицинского работника и обследование пациента во время консультации или проведение обследований (в том числе электромиография, нейрография, УЗИ, эхокардиография, ЭКГ, нейрометрия, КАТ (кардиоваскулярное тестирование), полиграфия, холтеровское мониторирование, аудиометрия, тимпанометрия, vHIT, проверка ЭКС).

Я согласен(на), что во время консультации медицинский работник, оценивая состояние моего здоровья, жалобы и медицинскую информацию, может провести **физикальное обследование пациента и другие медицински обоснованные диагностические действия, необходимые для проведения консультации**, если они не связаны с отдельным специальным согласием.

Мне понятно, что конкретный объём обследования медицинский работник определяет во время консультации в соответствии с медицинскими показаниями.

Конкретные обследования проводятся после информирования пациента о соответствующем обследовании и с его согласия. Настоящее общее согласие не заменяет информирование о конкретном обследовании.

Я имею право задавать вопросы о планируемом обследовании и получать понятную для меня информацию.

Я согласен(на) на обследования и динамическое наблюдение, в том числе на возможные повторные консультации в рамках эпизода лечения, если они являются медицински необходимыми.

Своей подписью подтверждаю, что согласие на обследование пациента во время консультации предоставляю добровольно.

Дата: _____

Время подписания: _____

Подпись пациента: _____