

# Tallinna Endokrinoloogia Kliinik

## Reveron Baltic OÜ L02510

### ЕДИНАЯ ФОРМА ИНФОРМИРОВАНИЯ И СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА

---

(имя, фамилия и личный код пациента или представителя пациента)

**Настоящим подписью подтверждаю, что лечащий врач Verner Fogel или диабетическая сестра и сестра по уходу за ногами Kristel Vello.**

**проинформировал меня:**

1. о моих результатах обследования и состоянии здоровья (или представляемого мной пациента), о возможных болезнях и их протекании, сути и назначении предлагаемой медицинской услуги и о сопутствующих ее оказанию опасностях и последствиях, а также других возможных и необходимых медицинских услугах для выяснения соответствующей клинической картины, диагноза и возможностей лечения;
2. о неопределенных заранее результатах при оказании медицинских услуг;
3. о проведении клинических лабораторных обследований (анализы крови, мочи, кала, клиническое объективное обследование меня/представляемого, протекании болезни и выяснении обстоятельств) в соответствии с исходящей из моего/её состояния необходимостью без дополнительного уведомления.

**4. о правах:**

- 4.1. получить указанную в пункте 1 информацию также в письменном виде,
- 4.2. отказаться от принятия указанной в пункте 1 информации, если этим не наносится ущерб моим правомерным интересам (или правам пациента и других лиц),
- 4.3. разрешать оказание медицинской услуги лишь при наличии соответствующего согласия,
- 4.4. отказаться от данного согласия,
- 4.5. отказаться от предложенного лечения, процедуры и т. п. и предложить обсудить альтернативные решения,
- 4.6. получить другое мнение;

**5. об обязанностях:**

- 5.1. сообщать оказывающей медицинские услуги стороне все, по его мнению, необходимые для оказания медицинской услуги обстоятельства,
- 5.2. оказывать предлагающей медицинскую услугу стороне необходимое содействие для выполнения договора.

**Разрешаю выдавать данные о своем состоянии здоровья: ДА**

**Плату за визит не платят: Беременные женщины**

**Даю согласие** на оказание медицинских услуг на вышеприведенных условиях

\_\_\_\_\_ подпись пациента/представителя пациента

\_\_\_\_\_ дата