

Згода про надання медичної послуги «Скринінг здоров'я для осіб віком від 40 років»

Я, _____,
(Прізвище, Ім'я, по батькові) (Дата народження)

Надаю Комунальному підприємству « Галицинівський центр первинної медико-санітарної допомоги (скорочене найменування КП « Галицинівський ЦПМСД»), місцезнаходження юридичної особи: Миколаївська область, Миколаївський район, с. Галицинове, вул. Центральна,1, телефон: +38 095-531-74-72. Код ЄДРПОУ 42111032), згоду про надання медичної послуги « Скринінг здоров'я для осіб віком від 40 років щодо мене (далі Згода)

- це будь – яка дія або сукупність дій, таких як вимірювання тиску, ЕКГ (за потреби), анкетування та збір венозної крові.

Мета надання даної медичної послуги КП « Галицинівський ЦПМСД» щодо мене: надання мені медичних послуг; виконання чинного законодавства України.

Я, проінформований(а):

- 1) Про те що, метою скринінгу здоров'я для осіб віком від 40 років(далі скринінг) є раннє виявлення прихованих захворювань.
- 2) Про план, мету, характер, орієнтовану тривалість послуги щодо мене.
- 3) Про можливі ризики та ускладнення (наслідки) в мене під час або після надання послуги КП «Галицинівським ЦПМСД», такі як, зомління, нудота, кровотеча, гематома, неприсмні відчуття, тощо, інформований(а).
- 4) Про те що, результати скринінгу не є остаточним діагнозом, а лише вказують на ймовірність наявності захворювання, що може потребувати подальшого до обстеження.
- 5) Про правила підготовки перед наданням медичної послуги, недотримання яких може вплинути на достовірність результатів лабораторних досліджень.

Я мав(ла) можливість поставити запитання та отримав(ла) на них вичерпані відповіді.

(дата) (підпис) (ПІБ)

ПІБ _____ працівника _____ що _____ провів _____ бесіду _____ та _____ отримав згоду: _____

(дата) (підпис)