

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, нижеподписавшийся (нижеподписавшаяся) _____

(фамилия, имя, отчество пациента или его законного представителя)

Настоящим подтверждаю, что в соответствии со ст.20 федерального закона №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме, был проинформирован (проинформирована) о состоянии своего здоровья или здоровья представляемого мною

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего до 15 лет пациента или недееспособного)

А именно:

Установленном или предварительном диагнозе: _____

Наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания: _____

Результатах обследований и лечения заболевания, о необходимости и целесообразности применения в дальнейшем тех или иных лечебных средств;

Обо всех возможных вариантах медицинского вмешательства, альтернативных видах и методах лечения _____

О целях и формах, болезненности и длительности, предлагаемых вариантах медицинского вмешательства, о наличии показаний к проведению мне (либо предоставляемому мною) указанных выше видов и методов лечения;

О возможных последствиях и осложнениях, о режимах моего поведения (поведения представляемого мною) до, во время и после лечения, об этапах лечения и о возникновении необходимости дополнительных вмешательств на том или ином этапе лечения, о действии применяемых медикаментов, об ожидаемых результатах по каждому возможному варианту лечения, указанному выше.

Получив полные и всесторонний разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, подтверждаю, что мне понятны используемые термины, суть моего заболевания и опасность, связанные с дальнейшим течением этого заболевания, добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому мною) следующих процедур:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Я понимаю необходимость проведения вышеуказанных медицинских вмешательств и предупрежден о возможных побочных осложнениях, обусловленных биологическими особенностями организма, о последствиях и связанных с ними риском, включая не зависящие от соблюдения применяемой технологии (т.е. о непреднамеренном причинении вреда здоровью), включая нетрудоспособность и смерть.

В случае возникновения необходимости в проведении дополнительных медицинских вмешательств при развитии осложнений или неожиданно открывшихся медицинских обстоятельствах добровольно даю согласие на их проведение мне (представляемому мною).

Я разрешаю, в случае необходимости предоставить информацию о моем диагнозе и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам: _____

Я осознаю, что проводимое мне лечение, в том числе медицинское вмешательство, не гарантирует полного выздоровления, что для лучшего результата необходимо проходить медицинские обследования для контроля за моим состоянием здоровья, в том числе после проведения медицинского вмешательства.

Против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны: **ВОЗРАЖАЮ / НЕ ВОЗРАЖАЮ**

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Дата: _____ Подпись _____ Расшифровка _____

Настоящий документ оформлен мною:

Дата: _____ Подпись _____ Расшифровка _____