Согласно ФЗ РФ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, ___
(фамилия, имя, отчество полностью)

проживающий(ая) по адресу: _____

_____

* Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) пациента

_____
(Ф.И.О. пациента, год рождения)

- Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;
- Добровольно даю свое согласие на проведение медицинских осмотров, в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего, биохимического, серологического, иммунологического, аллергологического; анализов мочи и кала общих, биохимических, микробиологических, биохимических; электрографических методов исследования; цитологических исследований биоматериалов, проведения рентгеновских, ультразвуковых, эндоскопических исследований, хирургических вмешательств и лечебных мероприятий: приема и введения лекарственных препаратов, инъекций, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур.
- Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит делать во время их проведения;
- Я извещен(а)о том, что необходимо принимать назначенные препараты и другие методы лечения в соответствии с назначениями врача, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;
- Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
- Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных представляемым и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на представляемого во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.
- Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- Я согласен(а) на осмотр другими медицинскими работниками исключительно в медицинских целях с учетом сохранения врачебной тайны;
- Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены в доступной для меня форме, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

_____

* Являясь законным представителем пациента, разрешаю посещение в лечебном учреждении представляемого следующим доверенным лицам: _____

"____" _____ 20___ г. Подпись пациента или
законного представителя _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (подпись) _____
(должность, Фамилия И.О.)