

Информированное добровольное
согласие на медицинское вмешательство.

На основании статьи 20 ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я _____

ФИО (полностью)

_____ года рождения. Проживающий(ая) по адресу _____

- мне даны полные разъяснения о характере степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания.

- я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном ЛПУ

- добровольно даю свое согласие на проведения мне, в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований, анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонеллы, общего анализа мочи, электрокардиографии, проведения рентгенологических, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий. Прием таблетированных препаратов, инъекций, внутримышечных вливаний, лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будут мне разъяснены дополнительно.

- я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью.

- я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование лекарственных препаратов могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

- я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перечисленных мною травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах.

- я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю согласие на обследование и лечение в предложенном объеме, разрешаю, в случае необходимости, представить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам

Согласие на обработку персональных данных

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», выражаю медицинской организации согласие на обработку моих персональных данных, а также на информирование меня по вопросам оказания медицинской помощи (включая информирование по вопросам проведения профилактических осмотров, диспансеризации, вакцинопрофилактике, лекарственного обеспечения и др.) по указанным в заявлении о выборе медицинской организации адресу, контактными номерам телефонов, по электронной почте).

« ____ » _____ 20__ г.

Расписался в моем присутствии:

Врач _____

подпись пациента _____

подпись _____