

ООО «Анапский медицинский диагностический центр»

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ  
СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество — полностью)  
\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только законным представителем лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:**  
Я, паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:  
\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина — полностью, год рождения)

поставлен (поставлена) в известность, что я (представляемый) госпитализирован (госпитализирована) в **отделение Хирургического профиля ООО «Анапский медицинский диагностический центр»**

— Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

— Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении и обязуюсь их соблюдать;

— Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонеми, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур.

— Добровольно даю свое согласие на проведение: Опроса, в том числе выявление жалоб, сбора анамнеза, осмотра, в том числе пальпации, перкуссии, аускультации, риноскопии, фарингоскопии, непрямой ларингоскопии, вагинального исследования (для женщин), ректального исследования, антропометрического исследования, термометрии, тонометрии, не инвазивных исследований органов зрения и зрительных функций, не инвазивных исследований органов слуха и слуховых функций, исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), лабораторных методов обследования, в том числе клинических, биохимических, бактериологических, вирусологических, иммунологических, функциональных методов обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных), рентгенологических методов обследования, в том числе флюорографии (для лиц старше 15 лет) и рентгенографии, ультразвукового исследования, доплерографических исследований, ведение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно, медицинского массажа, лечебной физкультуры.

— Мне разъяснено, что в ходе выполнения проводимых мне медицинских действий, может возникнуть необходимость выполнения других исследований и врачебных манипуляций, не указанных предыдущем абзаце. Я доверяю лечащему врачу принять соответствующие решение и выполнить иные действия, которые врач сочтет необходимыми для установки моего диагноза и определения тактики лечения;

— Я информирован (информирована) о целях и методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска медицинского вмешательства и врач дал мне понятные, исчерпывающие ответы. Я информирован (информирована) о характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

— Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

— Я предупрежден (предупреждена) 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 уведомлен (уведомлена) о необходимости поставить в известность врача обо всех проблемах связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я уведомлен (уведомлена) о необходимости сообщить правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

— Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками в медицинских целях с учетом сохранения врачебной тайны;

— Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

— Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам: \_\_\_\_\_

— Разрешаю посещение в лечебном учреждении представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным, следующим гражданам: \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Подпись пациента/ законного представителя ✓ \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_ (подпись)  
(должность, И.О.Фамилия)

Дополнительная информация: \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Подпись пациента/ законного представителя \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_ (подпись)  
(должность, И.О.Фамилия)