

**Информированное добровольное согласие
на оказание медицинской помощи в стационарных условиях**

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество - полностью)

_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я,

_____,

(Фамилия, имя, отчество законного представителя)

паспорт: _____,

выдан _____

проживающий по адресу: _____,

являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

несовершеннолетнего или лица, признанного недееспособным

(Фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного, дата рождения) | _____

В соответствии со статьей 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я ознакомлен(а) с правами пациентов.

Лечащим врачом мне 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 ФГБУЗ МЦ «Решма» ФМБА России и обязуюсь их соблюдать;

Лечащим врачом мне были разъяснены цель, характер, методы и объем планируемого обследования и лечения;

Я ознакомлен(а) с планом лечения и добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований, лабораторных, электрокардиографии, проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и иных лечебных мероприятий, назначение таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

Я информирован (информирована) о целях, 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

препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение 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 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 сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

Я ознакомлен (ознакомлена) с Планом моего лечения 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 и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам: _____.

Разрешаю посещение в лечебном учреждении представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным.

Мне разъяснено право на отказ от медицинского вмешательства и возможные последствия отказа от медицинского вмешательства.

"__" _____ 20__ года.

Подпись пациента/законного представителя

Расписался в моем присутствии:

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