

Общество с ограниченной ответственностью Медицинский центр «Вертикаль»

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
на выполнение исследования, вмешательства, лечения.**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 19, 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323 –ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,
Я, (фамилия, имя, отчество пациента-полностью)
Дата рождения
Проживающий (ая) по адресу:
Контактный телефон
Паспорт:

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

Я, (Ф.И.О. законного представителя пациента) ,

дата рождения

проживающий (ая) по адресу:

Контактный телефон _____

Паспорт законного представителя: серия: _____ номер: _____ Кем выдан: _____

Дата выдачи

Являюсь законным представителем ребенка / пациента, признанного недееспособным (Ф.И.О ребенка полностью):

Дата рождения ребенка

- Мне, в полном объеме и всесторонне разъяснены в доступной для меня форме состояние здоровья и характер необходимых диагностических и лечебных манипуляций, соответствующих установленному и объявленному мне диагнозу (состоянию) моего ребенка и стадии (степени) его развития
- Мне, согласно моей воли, 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: 3D сканирования, проведения ультразвуковых исследований;
 - Необходимость других методов обследования и лечения мне разъяснены дополнительно, в том числе применение мне (представляемому) методик с использованием: в/м, в/в инъекции, ректального осмотра, проведения диагностических и функциональных методов исследования, (значение этих слов я, понимаю).
 - Мне разъяснена суть применяемых методов лечения, заключающихся в проведении УЗИ исследования, и других, необходимых в ходе обследования манипуляций.
- Я согласен (согласна) на то, что количество и состав процедур будет определяться лечащим врачом в соответствии с имеющимися показаниями и противопоказаниями.
- 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 приема 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 исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

