Приложение №2 к приказу Минздрава РФ
от 20.12.2012 №1177н

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(полностью фамилия, имя, отчество Пациента)
_____ г. рождения, в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:
_____
_____
_____

Я в полной мере проинформирован(а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу заболевания, осведомлен(а) об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая анестезию и прием лекарственных средств, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений: аллергические реакции и др. Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением (указать какие, если имеются исключения): _____
_____;

ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в ООО «Медицинский центр «Август» и обязуюсь их соблюдать;

Мне в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, и последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а так же предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от определенного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации»;

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях введения медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я согласен(а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т. ч. для анестезии), за исключением (указать какие, если имеются исключения): _____
_____;

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы. Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми;

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. № 390н я также даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств:

Я добровольно даю свое согласие на проведение мне (моему сыну, дочери), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови, анализа мочи общего, анализов кала, электрокардиографии, ультразвуковой диагностики, функциональной диагностикие, а также при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по направлениям, указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-21-01-001510 от 12 июля 2016 г., выданную Министерством здравоохранения Чувашской Республики. Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам Исполнителя проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми, в соответствии с упомянутой выше лицензией на осуществление медицинской деятельности;

Я информирован(а) 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 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 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(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

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

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья следующим лицам:
_____
_____
(Ф.И.О. представителя пациента полностью, паспортные данные)

медицинский центр

Подпись и расшифровка подписи Заказчика: _____ /_____ /

Подпись и расшифровка подписи Пациента: _____ /_____ /

(если Пациенту исполнилось 14 лет) (подпись) (расшифровка подписи)

Подпись медсестры/врача- _____:_____/_____/

Подпись медсестры/врача- _____:_____/_____/

Подпись медсестры/врача- _____:_____/_____/

(подпись) (расшифровка подписи)