

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство, лечебную, диагностическую манипуляцию, процедуру**

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, _____
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)

Получив от лечащего врача _____
(должность, ФИО врача)

полные и всесторонние сведения о результатах обследования, о наличии заболевания (заболевания лица, интересы которого я представляю, далее – представляемый), диагнозе, степени тяжести заболевания, возможных осложнениях и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках и необходимости проведения

_____ (название медицинского вмешательства)

Добровольно даю согласие на проведение указанного медицинского вмешательства.

Мне объяснены характер и особенности его проведения.
Даны пояснения об ощущениях, возникающих при проведении и способах их минимизации.

Я предупрежден(а) о возможных осложнениях и последствиях проведения всех нужных лечебных мероприятий. В случае их развития я согласен(а) на проведение всех нужных лечебных мероприятий.

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об отсутствии (или о наличии):
- аллергических заболеваний и реакций, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и пищевых продуктов

- _____ -носительства ВИЧ-инфекции
- _____ -вирусных гепатитов, туберкулеза, инфекций, передающихся половым путем
- _____ -воздействий на организм вредных факторов внешней среды (излучений, хим. воздействий и пр.)
- _____ -других хронических или острых заболеваний или лихорадочного состояния

Сообщил обо всех перенесенных мною (либо соответственно представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов.

Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении (неупотреблении) алкоголя, наркотических и токсических средств.

Мне предоставлено время для принятия решения, я имел (имела) возможность задать интересующие меня вопросы, касающиеся заболевания и лечения, и получил (получила) на них исчерпывающие ответы.

Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое мне либо представляемому лечению (медицинское вмешательство) не гарантирует достижение 100% результата и что при оказании медицинских услуг и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.

Я согласен(а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ООО «Медикал Клуб Консилиум» не несет ответственности за их возникновение.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов медицинского вмешательства необходимо исполнять все назначения, подготовки к услугам, рекомендации и советы врача.

Я ознакомлен (ознакомлена) со всеми пунктами настоящего Информированного согласия, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Разрешаю давать информацию о заболевании, прогнозе, лечении

_____ (фамилия, и.о., родственные отношения)

Подпись пациента/законного представителя _____
(подпись)

Расписался в моем присутствии: Врач _____
(подпись)

Дата _____ Время _____