

Информативное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я _____
(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

« _____ » « _____ » _____ г. рождения, проживающий по адресу _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина)

даю информативное добровольное согласие на медицинское вмешательство, предложенное мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) _____

(Ф.И.О. гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

проживающему по адресу _____

(адрес места жительства гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

медицинское вмешательство на опрос, в том числе анкетирование, выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпации, перкуссии, аускультации, вагинального исследования (для женщин), ректального исследования; антропометрического исследования; термометрии; тонометрии; неинвазивных исследований органа зрения и зрительных функций; исследований функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторных методов исследования, в том числе клинических, биохимических, иммунологических; функциональных методов обследования, в том числе электрокардиографии; эндоскопических исследований; рентгенологических методов обследования, в том числе флюорографии и рентгенографии, ультразвуковых исследований, доплерографических исследований; диагностических и лечебных пункций необходимое для оказания медицинской помощи в связи с имеющимся заболеванием (состоянием), осуществляемое в АНО «ЦМСЧ».

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

« _____ » _____ 20 _____ г.