

**Информированное добровольное согласие
 на медицинское вмешательство**

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

- Мне даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях
 моего заболевания (здоровья представляемого);

- Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком работы и правилами обслуживания в ООО «Центр Современной
 Хирургии» и обязуюсь их соблюдать;

- Добровольно даю свое согласие на проведение опроса, в том числе выявления жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в
 том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию,
 вагинальное исследование, (для женщин), ректальные исследования, антропометрические исследования,
 термометрию, тонометрию, неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций, исследования
 нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), неинвазивные исследования органа слуха и
 слуховых функций, лабораторные методы исследования, в том числе клинические, биохимические,
 бактериологические, вирусологические, серологические, иммунологические, функциональные методы
 исследования, в том числе ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления, суточное
 мониторирование ЭКГ, спирографию, пневмотахиметрию, пикфлоуметрию, рэоэнцефалографию,
 электроэнцефалографию, кардиотокографию (для беременных); рентгенологические методы исследования, в
 том числе флюорографию (для лиц старше 15 лет) и рентгенографию, компьютерную томографию,
 магниторезонансную томографию, ультразвуковые исследования и доплерографические исследования;
 введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно,
 подкожно, внутривожно; медицинский массаж, лечебную физкультуру, 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 (лицу мной 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 приёма 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 ознакомлен (ознакомлена) 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: _____.

"__" _____ 201_ года. Подпись пациента/законного представителя _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (подпись)

 (Должность, И.О. Фамилия)