

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

Информированное добровольное согласие пациента

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, и что я согласен/согласна с названными мне условиями его проведения.

Я _____

(Ф.И.О., возраст, адрес)

в доступной для меня форме информирован(а) о состоянии своего здоровья, получил(а) сведения о диагностическом обследовании, о его результатах, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске.

Мне известно, что заболевание имеет хроническое течение и при оказании медицинской помощи может произойти улучшение состояния, но не может быть гарантировано выздоровление. Я информирован(а) о предполагаемом плане лечения, используемых лекарственных препаратах.

Мне известно, что в целом медицинская деятельность отнесена к категории потенциально опасных, это может быть связано как с исходным состоянием моего организма перед непосредственно медицинским вмешательством, так и с неадекватной реакцией организма на проводимое лечение.

Мне сообщены возможные альтернативные варианты лечения, а именно, услуги скорой медицинской помощи.

Я информирован(а), что мой лечащий врач обладает достаточными навыками, знаниями и будет использовать только методы, разрешенные к применению МЗ РФ.

Я осведомлен(а), что в процессе лечения может возникнуть необходимость изменения или отклонения от планируемого лечения, что диктуется возникшей клинической необходимостью. Мне разъяснено, что при невыполнении рекомендуемого лечебного режима могут развиваться нежелательные последствия, могут быть обострения имеющихся заболеваний с хроническим течением.

Я информирован(а) о том, что должен/должна пройти все обязательные клинические исследования, дополнительные обследования, которые могут потребоваться в процессе лечения. Мне разъяснены все возможные последствия в развитии настоящего заболевания в случае моего отказа от проводимого лечения. В этом случае я не буду иметь претензий к лечебному учреждению.

Я информирован(а) о рекомендуемом характере питания, физических нагрузках, ограничениях, явках на контрольные осмотры и обследования.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Я внимательно ознакомился/ознакомилась с данным документом, имеющим юридическую силу, и принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента _____

Врач _____ / _____ /

« _____ » _____ 20 ____ г.