

**Добровольное информированное согласие (отказ)
пациента на медицинское вмешательство (лечение)**

(на основе ст. 20 Федерального закона РФ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ, "Об основах охраны здоровья граждан РФ")

Я, _____, (Ф.И.О. полностью)
_____ года рождения, даю согласие (отказ) на предложенное мне
медицинское вмешательство (лечение):

Моим лечащим врачом: (Ф.И.О. полностью) _____
мне были полностью разъяснены характер и цель предложенного медицинского
вмешательства (лечения), а также все возможные альтернативы такому вмешательст-
ву (лечению).

Мне разъяснены возможные отрицательные последствия (побочные действия)
медицинского вмешательства (лечения), и я полностью понимаю все сказанное моим
лечащим врачом.

Я понимаю, что у меня есть право делать выбор в отношении медицинского
вмешательства (лечения), каждый выбор имеет свои последствия, но я даю согласие
(отказ) на данное медицинское вмешательство (лечение).

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а)
возможность обсудить с моим лечащим врачом все интересующие меня и не понятные
мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания.

На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворяющие меня ответы, и у меня не
осталось не выясненных вопросов к врачу.

Мое согласие (отказ) на медицинское вмешательство (лечение) является свободным
и добровольным, я не испытываю какого-либо давления при принятии решения
о нем.

Подпись пациента (Ф.И.О. полностью) _____

Подпись врача (Ф.И.О. полностью) _____

Дата _____
час. _____ мин. _____