

Информированное добровольное согласие на инвазивное вмешательство

1. Я, _____, « _____ » _____ г.,
(фамилия, имя, отчество полностью) (дата рождения)

проживающий(ая) по адресу: _____

заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, паспорт: серия _____ № _____, выдан: _____ _____, являюсь законным представителем _____ _____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)
--

Добровольно, без какого-либо принуждения, даю разрешение на проведение в отношении меня следующего вида медицинского вмешательства _____

2. Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (ему, ей) делать во время их проведения, и уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций для сохранения моей жизни и здоровья.

3. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим (его, ее) здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (им, ею) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, наличии беременности (для женщин), об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

4. Я ознакомлен(а) и согласен(согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на медицинское вмешательство в предложенном объеме.

Содержание данного соглашения мною прочитано « _____ » _____ 20 _____ года

(подпись пациента) (Ф.И.О.)

Подтверждаю, что мною разъяснена и предоставлена полная информация пациенту, связанная с общим планом обследования, лечения, проведением необходимых медицинских процедур (манипуляций) в отношении него;
на все вопросы были даны ответы « _____ » _____ 20 _____ г.

Врач _____

(должность) (подпись врача) (фамилия, имя, отчество полностью)

расписался в присутствии Пациента.