

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство (обследование и терапевтическое лечение)**

Я _____ (фамилия, имя, отчество)
_____ года рождения, проживающий по адресу _____

являюсь представителем (родителем, опекуном, попечителем)
_____ (фамилия, имя, отчество пациента)

Находясь в полном сознании и твердой памяти, я подтверждаю:

I. - Я информирован(а) о методе лечения, который планируется осуществить, этапах его выполнения и характере лечебных мероприятий: приеме препаратов, проведении инъекций, физиотерапевтических процедур, а также возможном риске возникновения нежелательных побочных эффектов при их выполнении. Я поставлен(а) в известность, что цель проводимого лечения - получение наиболее благоприятного результата лечения из тех, которые возможны при состоянии лица, интересы которого я представляю;

- Я извещен(а) о том, что лицу, интересы которого я представляю, необходимо выполнять все рекомендации лечащего врача, немедленно сообщать ему или дежурному врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с лечащим врачом прием любых не прописанных им лекарств;

- Я предупрежден(а) и осознаю, что несоблюдение лечебно-оздоровительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья лица, представителем которого я являюсь;

II. - Я поставил(а) в известность врача обо всех известных мне проблемах, связанных со здоровьем лица, интересы которого я представляю, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Я предупрежден(а) об ответственности за предоставление неполной, искаженной или ложной информации.

III. - Я получил(а) информацию о правах пациента и законных возможностях их защиты, в том числе о праве в письменной форме отозвать данное мною согласие во время проведения лечебно-диагностических мероприятий;

- Я ознакомлен(на) с порядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении и обязуюсь их соблюдать;

- Я ознакомлен(на) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

Дата, подпись представителя пациента _____

Подпись лечащего врача _____

Информацию о состоянии здоровья можно предоставить:

Матери _____ (ФИО)

Отцу _____ (ФИО)

Бабушке _____ (ФИО)

Дедушке _____ (ФИО)

Родственнику _____

Дата _____ Подпись _____
