

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

### на медицинское вмешательство

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 19, 20, 22 Федерального закона РФ от 21.11.2011г. № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я, \_\_\_\_\_ г. рождения, являющийся Пациентом

при получении платных медицинских услуг настоящим подтверждаю, что проинформирован(а) врачом о предстоящем медицинском вмешательстве

Указать вид/ характер планируемого медицинского вмешательства

**Врач разъяснил** мне суть и характер планируемого медицинского вмешательства.

**Врач сообщил** мне, что является противопоказаниями для проведения настоящего медицинского вмешательства.

**Мне разъяснены** основные этапы медицинского вмешательства, возможные, в т.ч. негативные, последствия (осложнения). Я понял(а) в чем его смысл и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

**Я информирован (а)**, что в случае возникновения каких-либо проблем, связанных с процедурой, мне следует немедленно обратиться за медицинской помощью и получить консультацию лечащего врача.

**Я подтверждаю**, что мне была предоставлена возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы.

**Я информирован (а)** о том, что могу отказаться от медицинского вмешательства. Мне разъяснены возможные последствия, связанные с отказом от необходимого медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений и прогрессирования заболевания (состояния).

**Настоящим я уполномочиваю** медицинский персонал Медицинского центра «Здоровая семья» (ООО «Фармадек») провести мне/пациенту **указанное выше** медицинское вмешательство.

**Я удостоверяю**, что текст моего информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Пациент

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. , подпись

Врач

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. , подпись