ООО «МК «Кристина»

г.Санкт-Петербург, Ленинский пр., д.111, к.1

ИНН 7805560914    КПП 780501001

ОГРН 1117847331073

тел. (812) 450-00-25, тел./факс (812) 450-00-71

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

НА ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  \_\_\_\_\_\_\_лет

(Ф.И.О. пациента  полностью)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" информирован(а) о своем состоянии, необходимости обследования и лечения и даю добровольное согласие на осмотр врача специалиста, сбор анамнеза и проведение в случае необходимости следующих диагностических процедур, манипуляций (в том числе внутривенных и внутримышечных инъекций) и медицинских вмешательств:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ни при каких обстоятельствах мне не должны выполняться следующие диагностические и лечебные манипуляции: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В случае возникновения во время обследования и лечения непредвиденных осложнений, угрожающих моему здоровью, даю согласие на изменение характера лечения, включая отказ от его выполнения, с последующим информированием об этом.

Мне в доступной форме разъяснены альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа от обследования и лечения.

Я могу в письменной форме отказаться от обследования и лечения в любой момент, даже после подписания информированного согласия.

Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения врача мною поняты, возможный риск предстоящего исследования, манипуляции мною осознан. Я также осознаю, что возможность моего полного выздоровления не может быть гарантирована врачом специалистом, несмотря на все возможные предложенные методы лечения моего заболевания. Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, а также сокрытие информации о состоянии моего здоровья может способствовать развитию местных и/или общих осложнений или даже стать их причиной. Я знаю, что в моих интересах сообщить врачу обо всех имеющихся у меня и известных мне проблемах со здоровьем, аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарств, о наличии у меня в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам. Все лекарственные препараты (в том числе анестетики), которые не должны использоваться при моем лечении по тем или иным причинам (включая аллергические реакции) перечислены мною в соответствующем месте в карте амбулаторного пациента, а мой лечащий врач осведомлен об этом. Я понимаю, что существует определенная степень риска возникновения определенных побочных эффектов и осложнений. До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях  введения медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена. Я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут  необходимыми, при условии моего информирования о проводимых процедурах.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.

Любую информацию о состоянии моего здоровья, проводимом обследовании и лечении, его результатах я разрешаю сообщать следующим лицам:

                               Ф.И.О.:                                                               Степень родства:

1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Пациент** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (П одпись, Ф.И.О.)

**Медицинский** **работник** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(П одпись, Ф.И.О.)