

Информирование добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество- полностью)
года рождения, проживающий(ая) по
_____ адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет. Или недееспособных граждан: Я, паспорт: _____, выдан _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____
(Ф.И.О.) ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

являясь пациентом ООО «МЕДТЕХФАРМ»:

- Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данной медицинской организации и обязуюсь их соблюдать;
 - Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, следующих исследований и лечения:
 1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование, антропометрические исследования.
 3. Тонометрия.
 4. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
 5. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
 6. Исследование функций нервной системы (чувствительной).
 7. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
 8. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных), эндоскопические исследования (ФГДС, биопсия).
 9. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, МРТ, КТ; ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
 10. Назначение лекарственных препаратов врачом, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, в таблетированной и иной форме в соответствии с Государственной фармакопеей РФ.
 11. Определение показаний к оперативному лечению.
 12. Исследование мазка на флору, кольпоскопия, цитологическое исследование материала шейки матки, биопсия шейки матки, лечение эктопии шейки матки термическими и химическими методами (для женщин, нужно подчеркнуть).
 13. Лечебный массаж, лечебная физкультура.
- Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;
- Я получил(а) полную информацию от медицинского работника в доступной форме о целях, методах, характере и неблагоприятных эффектах диагностических процедур, а также, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения, о последствиях и о возможных вариантах медицинского вмешательства, о предполагаемых результатах, о возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью (рисках);
 - Я извещен (а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств. Я предупрежден (а) и осознаю, что

отказ от лечения, несовпадении лечебно-охранительного режима, не соблюдение рекомендаций медицинских работников и режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической или биологической природы, воздействующих на меня (предоставляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

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

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам: _____

« _____ » _____ 20 _____ года. Подпись пациента/законного представителя _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (подпись) _____

(Должность, И.О. Фамилия)