

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ
ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ**

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

1. Я, _____,
(Ф.И.О. гражданина(-ки), одного из родителей, иного законного представителя)
даю информированное добровольное согласие на проведение лечения (обследования) врачом

_____ (Ф.И.О. лечащего врача)
мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть)

_____ (Ф.И.О. ребенка или лица, от имени которого, выступает законный представитель)
В исключительных случаях (например, болезнь врача) фирма может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

2. Настоящим я удостоверяю, что доверяю лечащему Врачу проведение следующих видов диагностических или лечебных манипуляций:

3. Мне сообщена, разъяснена Врачом и понятна информация о сути и возможных осложнениях данных медицинских мероприятий, а также о возможных альтернативных вариантах лечения (обследования):

4. Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий может возникнуть необходимость дополнительного вмешательства или исследования, о чем меня уведомит врач.

5. В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях и методах оказания медицинской помощи, связанном с ней риске, возможных альтернативных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах и сроках оказания медицинской помощи.

6. Я доверяю лечащему врачу принять решение по дальнейшей тактике лечения в случае необходимости.

7. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях оказания медицинской помощи и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

8. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты Пациента.

Альтернативный план лечения: _____

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

« ____ » _____ 20__ г. _____ / _____
подпись ФИО полностью

Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациенту суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения предстоящего лечения, дал(а) ответы на все вопросы.

_____ / _____
подпись ФИО врача