ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО - ЛЕЧЕБНУЮ (ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ) МАНИПУЛЯЦИЮ (ПРОЦЕДУРУ)

Я, нижеподписавшийся _____,

(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу _____,
паспорт _____ _____, *выдан* _____, *название выдавшего органа* _____,
или *законный представитель* _____

(Ф.И.О. полностью)

действуя в интересах пациента

_____

(Ф.И.О. полностью)

(если пациент признан недееспособным / является несовершеннолетним лицом не достигшим 15 лет)

нахожусь на обследовании и лечении в ООО «Валентайн»/находящегося на обследовании и лечении в ООО «Валентайн» в соответствии со ст. 19, 20, 22 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г. № 323-ФЗ получил(а) от моего лечащего врача полную, изложенную в доступной для моего понимания форме информацию о характере моего заболевания, о целях, методах оказания медицинской помощи. Я уполномочиваю врачей ООО «Валентайн» соответствующего профиля выполнить мне манипуляцию и/или процедуру **(нужное подчеркнуть)**

_____

_____

_____

Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения указанной манипуляции (процедуры). Мне разъяснено врачом и понятно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения).

Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное медицинское вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Решение подвергнуться проведению лечебной (диагностической) манипуляции (процедуре) является моим собственным; оно было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли или мысли.

При подписании этого документа последний мною прочитан, и я полностью его понял(а), а также задал(а) все интересующие меня вопросы. Я осознаю потенциальные риски и возможные осложнения при проведении лечебной (диагностической) манипуляции (процедуры), а также преимущества, которые могут быть результатом ее.

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) вышеизложенный документ, значение его мне понятно, информация, изложенная в документе доведена до меня в доступной форме, полученные мной объяснения врача(ей) меня полностью удовлетворяют. Я даю свое добровольное информированное согласие на указанный(ые) вид(ы) лечебной(ых) (диагностической(их)) манипуляции(ий) (процедур(ы)) на основании свободного волеизъявления, находясь в ясном сознании и памяти.

Я осознаю, что представленная мною неполная, ложная информация о наличии или отсутствии у меня сопутствующих заболеваний, а также перенесенных ранее болезнях, травмах, операциях, аллергических реакциях и других фактах, способна оказать негативное влияние на результаты отдельных медицинских вмешательств и состояние моего здоровья в целом.

Я информирован(а) о том, что данное согласие может быть мною отозвано мною в любое время до начала лечебной (диагностической) манипуляции (процедуры).

Я ознакомлен(а) врачом с планом предполагаемого вмешательства. Мне разъяснены возможные варианты медицинских вмешательств, связанные с ними риски и их последствия.
Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения и задал(а) любые интересующие вопросы касательно моего заболевания и лечения. Со мной обсуждены последствия отказа от обследования и лечения. Я получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне обследование и лечение.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. 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:

_____

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Подпись пациента *(или его законного представителя)*

_____ _____

Подпись *(расшифровка)*

Пациент подписался в моем присутствии:

Подпись и ФИО врача

_____ _____

Подпись *(расшифровка)*

«____» _____ 202__г.