ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ВЫПОЛНЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И ОТКАЗ ОТ НЕГО

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 30,31,32,33,34,61,6[illegible] Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993года №5487-1.

1. Мне_____
(Ф.И.О. пациента или его законного представителя)

разъяснены состояние моего здоровья, диагноз заболеваний, изложены цели, характер, способы необходимых диагностических и лечебных вмешательств и связанный с ними вероятный риск и возможные медико-социальные, психологические, экономические и другие последствия.

2. Настоящим я даю согласие на выполнение следующих медицинских вмешательств:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

3. Я информирован (а), что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий может возникнуть необходимость выполнения другого исследования, лечебного пособия или изменения объема оперативной помощи не указанной в п.2 и даю согласие на их проведение как необходимых для улучшения моего здоровья.

4. Я допускаю передачу сведений о своем здоровье, составляющих врачебную тайну, другим лицам(_____
_____)
в том числе должностным лицам, в интересах моего обследования и лечения, для проведения научных исследований, публикаций в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и иных целях.

5. В случае необходимых дополнительных исследований и методов лечения моих заболеваний, которые не входят в гарантируемый объем медицинской помощи системы медицинского страхования, я допускаю оплату медицинских услуг и приобретение лекарственных средств за наличный расчет в аптечной сети города.

6. Я оставляю за собой право отказаться от медицинского вмешательства или требовать его прекращения согласно действующему законодательству.

Подпись пациента (или законного его представителя)_____

Дата «____»_____201___г.

От проведения указанных в п.2 медицинских вмешательств
_____
отказываюсь, что удостоверяю своей подписью. Мне разъяснены возможные последствия отказа
_____

Подпись пациента (или законного его представителя)_____

Дата «____»_____201___г.

Подпись медицинского работника (Ф.И.О., должность)_____

Дата «____»_____201___г.