

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я,

нижеподписавшийся _____

пол: _____ дата рождения: _____ документ, удостоверяющего личность: серия _____ № _____ дата выдачи: _____

кем выдан: _____

м е с т о _____

р е г и с т р а ц и и : _____

адрес фактического проживания: _____

Этот раздел бланка заполняется только законным представителем лиц недееспособных граждан: Я _____

паспорт: _____ являюсь законным представителем лица: _____

Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания;

Добровольно даю свое согласие на проведение:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Не инвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Не инвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотопография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснено дополнительно.

- Я информирован (на) о целях и методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

- Я извещен (на) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден (на), и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препарата, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я уведомлен (на) о необходимости поставить 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, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

- Я ознакомлен (на) и согласен (на) со всеми пунктами настоящего документа, положение которого мне разъяснено, мною поняты и добровольно даю согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

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

(подпись) _____

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я,

нижеподписавшийся _____

пол: _____ дата рождения: _____ документ, удостоверяющего личность: серия _____ № _____ дата выдачи: _____

кем выдан: _____

м е с т о _____

р е г и с т р а ц и и : _____

адрес фактического проживания: _____

Этот раздел бланка заполняется только законным представителем лиц недееспособных граждан: Я _____

паспорт: _____ являюсь законным представителем лица: _____

Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания;

Добровольно даю свое согласие на проведение:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщины), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Не инвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Не инвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотопография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснено дополнительно.

- Я информирован (на) о целях и методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

- Я извещен (на) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден (на), и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препарата, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я уведомлен (на) о необходимости поставить 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, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.
- Я ознакомлен (на) и согласен (на) со всеми пунктами настоящего документа, положение которого мне разъяснено, мною поняты и добровольно даю согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;
- Разрешаю в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)