

# Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_

(ФИО полностью, дата рождения)

(документ, удостоверяющий личность, серия, номер, кем и когда выдан)

Зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Проживающий (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Представитель: \_\_\_\_\_

(ФИО, дата рождения и сведения о документе, удостоверяющем личность, представляемого лица)

Действующий на основании \_\_\_\_\_

(Сведения о документе, подтверждающем полномочия представителя)

поставлен (-на) в известность, что я (представляемый) госпитализирован (-на) в:

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ "ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА"

(полное наименование медицинской организации)

- Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);
- Я ознакомлен (-на) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;
- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур; Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.
- Я информирован (-на) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;
- Я извещен (-на) 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 (-на) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
- Я поставил (-ла) 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 сообщил (-ла) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- Я не согласен (-на) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;
- Я ознакомлен (-на) и согласен (-на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;
- Разрешаю посещение в лечебном учреждении представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным, следующим гражданам:

(сведения о лицах, которым разрешено посещение недееспособного пациента)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« \_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)