

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО
(ДЛЯ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ)**

_____ г.
Настоящее информированное добровольное согласие составлено на основании ст.20 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Я(ФИО пациента или его законного представителя), _____, _____

г.р.,

подтверждаю, что:

1. Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания.

2. Добровольно даю свое согласие на проведение мне, в соответствии с назначением врача, диагностических исследований: лабораторных, функциональных, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых и других, а также лечебных мероприятий: приема таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, физиотерапевтических процедур.

3. Информирован(а) о целях, характере диагностических и лечебных процедур, предупрежден(а) об их возможных неблагоприятных эффектах и, как следствие, возможности преднамеренного причинения вреда здоровью.

4. Извещен(а), что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и получать другие методы лечения, немедленно сообщать врачу об ухудшениях самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств.

5. Предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медработников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

6. Поставил(а) врача в известность о всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, о всех известных мне травмах, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых мною лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

7. Ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и мною понятны; я добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

ФИО пациента(его законного представителя)

Подпись

ФИО / Подпись врача

От проведения медицинского вмешательства Я отказываюсь, что и подтверждаю своей подписью. Мне, согласно моей воли, разъяснены последствия отказа: _____.

возможные последствия отказа от медицинского вмешательства указываются врачом)

ФИО пациента(его законного представителя)

Подпись

ФИО / Подпись врача