



Медицинский центр  
«КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

### НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О.)

в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (наименование)

\_\_\_\_\_,  
выполняемое медицинским работником \_\_\_\_\_.

Я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.

Я получил (а) подробные объяснения по поводу заболевания, осведомлен (а) об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая анестезию и прием лекарственных средств, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения побочных эффектов и осложнений, аллергических реакций и т.д. Я информирован о том, что медицинский персонал сделает все от него зависящее для предотвращения осложнений лечения.

Я поставил (поставила) 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 и вмешательствах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением:

\_\_\_\_\_ (указать какие, если имеются исключения)

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях введения медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я согласен (а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением:

\_\_\_\_\_ (указать какие, если имеются исключения)

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить необходимые дополнительные вмешательства.

Я также даю согласие на обработку персональных данных в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я разрешаю передать информацию о медицинских вмешательствах, состоянии здоровья следующим лицам: \_\_\_\_\_.

Фамилия, инициалы и подпись пациента: \_\_\_\_\_

Фамилия и подпись лечащего врача: \_\_\_\_\_

Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ 2012 г.

Примечание: В соответствии со ст. 20 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего возраста (в общей практике, т.е. за исключением наркологии, ВИЧ-инфекции и трансплантологии), а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.