

Открытое акционерное общество
«САНАТОРИЙ ИМ. В. П. ЧКАЛОВА»

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ИЛИ ЛЕЧЕНИЯ**

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 30, 31, 32, 33 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан:

Я, _____
(Фамилия, Имя, Отчество пациента – полностью)

- Я ознакомлен (а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении и обязуюсь их соблюдать;
- добровольно даю согласие на проведение мне (представляемому [й]), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического анализа мочи общего, электрокардиографии, велоэргометрии, холтеровского мониторирования ЭКГ и АД, проведения ультразвуковых исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;
- я информирован (а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому [й]) делать во время их проведения;
- я извещен (а) о том, что мне (представляемому [й]) 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 (а) 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 получил (а) подробные разъяснения о состоянии моего здоровья, наличия у меня заболевания, его диагнозе, об особенностях течения у меня заболевания, методах лечения, вероятной длительности лечения и прогнозу развития заболевания (вероятность успешного исхода);
- я понимаю необходимость обследования и лечения и цель их проведения. Мне понятны последствия отказа от предложенного медицинского вмешательства;
- мне были объяснены все возможные варианты медицинского вмешательства и связанные с ними риски и их последствия. Я ознакомлен (а) с планом обследования и лечения;
- я получил информацию об альтернативных методах обследования и лечения;
- я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне ясны объяснения врача;
- я внимательно ознакомился (ась) с документами и понимаю, что «Информационное добровольное согласие» является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия;
- я даю свое согласие на предложенный мне план обследования и лечения.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

« _____ » _____ 20 __ г.

_____/_____/_____
(подпись пациента или законного представителя)

_____/_____/_____
(подпись врача)

Примечание. Предлагаемый план обследования и лечения расписан врачом в первичном медицинском документе.