

Приложение №1
УТВЕРЖДЕНО
приказом ФГБУ «НМХЦ
им. Н.И. Пирогова»
Минздрава России
от 05.02.2013г. №20

Амб. карта № _____

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Я, _____

ФИО

_____ года рождения, подписываясь ниже, подтверждаю, что:

- лечащим врачом мне лично были разъяснены цель, характер, ход и объем планируемого обследования, а также способы его проведения;
- в доступной для меня форме я получил(а) информацию: о диагнозе и прогнозе состояния моего здоровья; о сути предлагаемого лечения, процесса лечения, объяснение цели лечения, оценку предполагаемой пользы и шансов на успех; о риске, сопряженном с предлагаемым лечением, в том числе побочных действиях, болезненных ощущениях или дискомфорте; о шансах на успех при применении других методов лечения и риске, сопряженном с ними, либо риске отказа от всякого лечения;
- я ознакомлен(а) с планом предполагаемого лечения: _____
- мне также разъяснено, что в процессе обследования и лечения могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, связанные с реактивностью моего организма, существом патологии и самого воздействия на мое здоровье, которые в целях моего лечения могут потребовать выполнение специальных процедур и вмешательств, соответствующих медицинским технологиям, и на которые я уполномочиваю врачей;
- я получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел(а) достаточно времени на принятие осознанного решения на предложенное мне обследование и лечение;
- я извещен(а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и выполнять другие назначения врача, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;
- я поставил(а) 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 лицом) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемое лицо) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- вся информация предоставлена мне перед оказанием медицинской услуги.

Моя подпись ниже удостоверяет, что, имея достаточно времени на принятие осознанного решения, добровольно, без давления или принуждения с чьей-либо стороны даю согласие и разрешение на диагностические исследования, манипуляции и виды лечения, которые окажутся необходимыми при моем состоянии.

Дата _____

Подпись пациента _____

Подпись врача _____