

СОГЛАШЕНИЕ на медицинское вмешательство

В соответствии со ст. 30 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья, даю добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со ст. 32 настоящих Основ медицинского вмешательства и в соответствии со ст. 33 настоящих Основ

Необходимым условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина (ст 32 Основ)

Согласно ст 33 Основ гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев предусмотренных ст 34 настоящих Основ

Я _____

В доступной для меня форме получил(а) информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования имеющегося у меня заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения и связанных с ним рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, результатах прошедшего лечения.

Я информирован(а) врачом о том, что во время медицинского вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства осложнения, развитие нарушения работы различных органов и даже неблагоприятный исход.

Я информировал(а) врача

1 о возможной непереносимости лекарственных препаратов, аллергии

2 о перенесенных заболеваниях

Я обязуюсь соблюдать предписанный мне врачом режим и информирован(а) о последствиях нарушения данных мне рекомендаций. Я извещён(а) также о вероятном течении заболевания при отказе от предложенного вмешательства

Я разрешил(а) все интересующие меня вопросы относительно состояния здоровья, предстоящего медицинского вмешательства, его последствиях и дальнейшей реабилитации.

Подпись пациента _____

Примечание: В случае если пациент не может подписать документ вследствие тяжести своего состояния или не является лицом достигшим 15-летнего возраста. Подпись законного представителя(ближайшего родственника)

ФИО _____

Подпись _____

Соглашение на медицинское вмешательство

В соответствии со ст. 30 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья, даю добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со ст. 32 настоящих Основ медицинского вмешательства и в соответствии со ст. 33 настоящих Основ

Необходимым условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина (ст 32 Основ)

Согласно ст 33 Основ гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев предусмотренных ст 34 настоящих Основ

Я _____

В доступной для меня форме получил(а) информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования имеющегося у меня заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения и связанных с ним рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, результатах прошедшего лечения.

Я информирован(а) врачом о том, что во время медицинского вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства осложнения, развитие нарушения работы различных органов и даже неблагоприятный исход.

Я информировал(а) врача

1 о возможной непереносимости лекарственных препаратов, аллергии

2 о перенесенных заболеваниях

Я обязуюсь соблюдать предписанный мне врачом режим и информирован(а) о последствиях нарушения данных мне рекомендаций. Я извещён(а) также о вероятном течении заболевания при отказе от предложенного вмешательства

Я разрешил(а) все интересующие меня вопросы относительно состояния здоровья, предстоящего медицинского вмешательства, его последствиях и дальнейшей реабилитации.

Подпись пациента _____

Примечание: В случае если пациент не может подписать документ вследствие тяжести своего состояния или не является лицом достигшим 15-летнего возраста. Подпись законного представителя(ближайшего родственника)

ФИО _____

Подпись _____