

## **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

*Настоящее добровольное согласие (отказ) составлено в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и приказа Минздрава РФ от 20 декабря 2012г. №117н*

Я, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина)

\_\_\_\_\_ ,  
являясь «Пациентом» или «Законным представителем» (Ф.И.О. несовершеннолетнего)

даю информированное добровольное согласие персоналу ООО «Медицина Красноярск» провести мне все необходимые медицинские вмешательства для диагностики и лечения моего (или «законного представителя») заболевания, в том числе, но не ограничиваясь этим: опрос, осмотр, рентгенологические методы обследования, введение лекарственных препаратов по назначению врача.

Персоналом ООО «Медицина  
Красноярск» \_\_\_\_\_  
(должность, ФИО мед. работника)

мне подробно разъяснено в доступной для меня форме по поводу диагноза, особенностей течения заболевания меня/моего законного представителя, степени тяжести и возможных осложнений, вероятной длительности лечения и прогноза (вероятности успешного исхода и исхода при отказе от лечения). Мне даны полные разъяснения в доступной форме по плану обследования и лечения (разъяснены возможные варианты медицинского вмешательства, связанные с ним риски и последствия). Я извещен(а) о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия моего/моего законного представителя. Я извещен(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья моего/моего законного представителя. Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения и имел(а) возможность задать любые интересующие вопросы касательно заболевания и лечения, получил(а) на них удовлетворительные ответы. Я сообщила врачу правдивые сведения обо всех проблемах моего/моего законного представителя, связанных со здоровьем. Мне разъяснены в доступной для меня форме, известны и понятны значение и последствия дачи информированного согласия. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я разрешаю, в случае необходимости предоставить информацию о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии моего здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при моем медицинском обследовании и лечении следующим лицам:  
\_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_

*Данный документ прочитан мною лично, условия ИДС мне разъяснены и понятны.  
С предложенным планом обследования и лечения, с назначениями врача, полностью и добровольно согласен « \_\_\_\_\_ »  
\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г*

\_\_\_\_\_ / √ \_\_\_\_\_ (Ф.И.О / подпись «Пациента» / «Законного  
представителя