

**Информированное добровольное согласие на малоинвазивное вмешательство.
к Договору об оказании услуг № _____ от _____._____г.**

Я, _____, проживающий(ая) по
(Ф.И.О. гражданина – полностью, год рождения)
адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших воз-
раста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, паспорт: _____, выдан:
_____ являюсь законным
предста- вителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного
недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в медицинском центре.

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) операции (манипуляции):

(название медицинского вмешательства)

и прошу персонал медицинского центра о ее проведении.

Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером предстоящей мне (представляемому) операции. Мне
разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения.

- Мне разъяснено, и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и ослож-
нения. В таком случае я согласен (согласна) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмот-
рению.
- Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском
потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других
систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного
исхода.
- Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с
возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие
на это.
- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллер-
гических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных
мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции,
вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производствен-
ных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого)
во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях кро-
ви и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении
алкоголя, наркотических и токсических средств.
- Я знаю, что вовремя операции (манипуляции) возможна потеря крови и _____ даю согласие на переливание
донорской, или ауто (собственной) крови и ее компонентов
- Я _____ согласен (согласна) на запись хода операции (манипуляции) на информационном носителе и демонстра-
цию лица с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом
сохранения врачебной тайны.
- Мне была предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы и получить ответы, в том числе о
степени риска и пользе оперативного вмешательства, в т.ч. переливаний донорской или ауто (собственной) крови
и/или ее компонентов и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.
- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого
мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на

_____._____г.

Расписался в моем присутствии:

Врач: _____

Подпись пациента/законного представителя _____

ПРИМЕЧАНИЕ:

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает непосредственно лечащий врач.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает непосредственно лечащий врач.

Дополнительная информация:

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

_____ Γ.

Подпись пациента/законного представителя _____

Расписался в моем присутствии:

Врач: _____