

**Информированное добровольное согласие на медицинское  
вмешательство**

(к договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_.)

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
выданный \_\_\_\_\_,  
проживающая по адресу \_\_\_\_\_

Подписывая настоящее Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство для получения платных медицинских услуг, уполномочиваю врачей и средний медицинский персонал ООО «НЦ ЭфиС» и даю согласие на выполнение мне (представляемому) медицинского вмешательства.

- Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, медицинские вмешательства:

1. опрос, сбор анамнеза;
2. осмотр (пальпация, перкуссия, аускультация, вагинальное исследование, ректальное исследование);
3. антропометрические исследования;
4. термометрия;
5. тонометрия;
6. лабораторные методы обследования: клинические, биохимические, гормональные, бактериологические, вирусологические, иммунологические;
7. функциональные методы обследования: электрокардиография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования;
8. взятие крови для лабораторного исследования из пальца и вены;
9. взятие биологического материала из носа, зева, влагалища, шейки матки, матки, уретры;
10. введение лекарственных препаратов по назначению врача, в т.ч. внутримышечно, внутривенно, подкожно;

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, о правилах подготовки к проведению диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур;

- Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные лекарственные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден (предупреждена) 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 ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, который мною прочитан, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставлять информацию о моем (представляемого) диагнозе, степени тяжести и характере моего (представляемого) заболевания моим родственникам, супругу (супруге), законным представителям, гражданам: \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Подпись пациента/зак.представителя)

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О.)

Подпись \_\_\_\_\_