

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, _____ проживающий (ая) по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет:

Я, : ____,

выдан: _

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

ребенка: __

Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения

поставлен (поставлена) в известность, что я (представляемый) госпитализирован (госпитализирована) в отделение _____

(указать название или профиль отделения)

– Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

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

– Даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

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

– Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные 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 поставил (поставила) 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) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

– Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

– Я, получив от работников ОГАУЗ ГИМДКБ полную информацию о возможности и условиях предоставления мне (предоставляемого) бесплатных медицинских услуг в рамках Программы государственных гарантий оказания медицинской помощи застрахованным на территории Российской Федерации, даю свое согласие на оказание мне (предоставляемому) платных медицинских услуг и готов (готова) их оплатить.

– Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрел (рассмотрела) различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне (предоставляемому) могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе;

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

– Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе (диагнозе предоставляемого), степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам: _____

_____;

– Разрешаю посещение в лечебном учреждении представляемого ребенка или лица, следующим гражданам: _____

Дополнительная информация: _____

" _____ " 20 _____ г.

Пациент (законный представитель) _____.

Расписался в моем присутствии:

Врач _____.

(Должность, И.О.Фамилия)

Примечание:

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) 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 необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача (заместителя главного врача по лечебной работе), а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача и законных представителей.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, _____ проживающий (ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет:

Я, : ____,

выдан: _

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

ребенка: __

Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения

поставлен (поставлена) в известность, что я (представляемый) госпитализирован (госпитализирована) в отделение _____

(указать название или профиль отделения)

– Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

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

– Даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

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

– Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные 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 поставил (поставила) 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) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

– Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

– Я, получив от работников ОГАУЗ ГИМДКБ полную информацию о возможности и условиях предоставления мне (предоставляемого) бесплатных медицинских услуг в рамках Программы государственных гарантий оказания медицинской помощи застрахованным на территории Российской Федерации, даю свое согласие на оказание мне (предоставляемому) платных медицинских услуг и готов (готова) их оплатить.

– Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрел (рассмотрела) различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне (предоставляемому) могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе;

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

– Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе (диагнозе предоставляемого), степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам: _____

_____;

– Разрешаю посещение в лечебном учреждении представляемого ребенка или лица, следующим гражданам: _____

Дополнительная информация: _____

_____.

" _____ " 20 _____ г.

Пациент (законный представитель) _____.

Расписался в моем присутствии:

Врач _____.

(Должность, И.О.Фамилия)

Примечание:

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) 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 необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача (заместителя главного врача по лечебной работе), а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача и законных представителей.