Приложение №2
к Договору об оказании платных медицинских услуг
№ _____ от ___ . _____ . _____ г.

Информированное добровольное согласие на анестезиологическое пособие

Я, _____, (документ, удостоверяющий личность)_____, _____ года рождения, проживающий (ая) по адресу: _____

находясь на лечении (обследовании) в ООО «МЕДИКАЛ ПАРК» добровольно даю свое согласие на проведение мне

_____

(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

- Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (лицу мной представляемому) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (лицо мной представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- Я настаиваю на проведении мне комбинированного: местной анестезии+ внутривенной анестезии во время проведения операции;
- Я информирован (а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (лицу мной представляемому) делать во время его проведения;
- Я предупрежден (а) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно - сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода;
- Мне разъяснено и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (а) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению;
- Я ознакомлен (а)и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

О последствиях

_____

(возможных осложнениях при выполнении анестезии)

и связанных с ними риском информирован (а) врачом анестезиологом – реаниматологом:

_____

(Ф.И.О. врача анестезиолога-реаниматолога)

___ . _____. _____ года	Подпись пациента/законного представителя	_____

Расписался в моем присутствии:

Врач: _____	_____	_____
	(должность, Ф.И.О.)	(подпись)

Примечание:

Согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства 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 возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведённого лечения с учетом состояния здоровья пациента.
При отсутствии законных представителей решение об анестезиологическом обеспечении медицинского вмешательства принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум- непосредственно анестезиолог-реаниматолог и лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением представителя администрации института, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время- ответственного дежурного врача и законных представителей.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос об анестезиологическом обеспечении при проведении медицинского вмешательства в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум- непосредственно врач анестезиолог-реаниматолог и лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением представителя администрации института, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время- ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

___ . _____. _____ года
Подпись пациента\законного представителя _____
Расписался в моем присутствии:
Врач_____
(должность,Ф.И.О.)
Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись_____
Должность, Ф.И.О. и подпись_____
Должность, Ф.И.О. и подпись_____
___ . _____. _____ года