

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

от _____

Я, _____, (документ, удостоверяющий личность)

Я, _____, отказываюсь от листка нетрудоспособности и патогистологического исследования макропрепарата, о возможных последствиях предупрежден(а).

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого).

Я ознакомлен(а) с распорядком работы и правилами обслуживания в ООО "МЕДИКАЛ ПАРК" и обязуюсь их соблюдать.

Добровольно даю свое согласие на проведение опроса, в т.ч. выявления жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в т.ч. пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию, вагинальное исследование (для женщин), ректальные исследования, антропометрические исследования, термометрию, тонометрию, не инвазивные исследования органов зрения и зрительных функций, исследования нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), не инвазивные исследования органов слуха и слуховых функций, лабораторные методы исследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, серологические, иммунологические, функциональные методы исследования, в т.ч. ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование ЭКГ, спирографию, пневмотахиметрию, пикфлоуметрию, реоэнцефалографию, электроэнцефалографию, кардиоотографию (для беременных), рентгенологические методы исследования, в т.ч. флюорографию, (для лиц старше 15 лет) и рентгенографию, компьютерную томографию, магнитнорезонансную томографию, ультразвуковые исследования и доплерографические исследования, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в т.ч. внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикжно, медицинский массаж, лечебную физкультуру. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

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

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

Я предупрежден (а) 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 (а) в известность врача обо всех имеющихся у меня и известных мне проблемах со здоровьем, аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарств, о наличии у меня в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам. Я сообщил (а) также правдивые сведения о наследственности;

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

Я разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

_____. _____ г. Подпись Пациента /законного представителя _____

/ _____
Расписался в моем присутствии:

Врач {{ Клиент.ФИО лечащего врача }} _____ (подпись)