

Общество с ограниченной ответственностью «Джордж-Поликлиника»
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Я, _____,
_____ фамилия, имя, отчество (полностью)
_____ года рождения, адрес регистрации по месту жительства:

<i>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан</i>	
являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или	
лица, признанного недееспособным:	
	<i>(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, дата рождения)</i>
»	

подтверждаю, что мне, согласно моей воле и в доступной для меня форме, даны полные и всесторонние разъяснения о состоянии моего здоровья (здоровья представляемого), в том числе о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

В соответствии с рекомендациями врача, я добровольно даю согласие на проведение мне (представляемому) анестезиологического обеспечения:

_____ Комбинированной эндотрахеальной анестезии _____

название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики

- Я информирован (информирована) о целях, характере и возможных неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения.

- Я осознаю, что техника проведения предстоящего анестезиологического обеспечения не позволяет в полной мере и достоверно оценить анатомические и физиологические особенности моего организма (организма представляемого) и результат планируемого анестезиологического обеспечения не может быть гарантирован. Вместе с тем мне гарантировано проведение анестезиологического обеспечения специалистами соответствующей квалификации, применение качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

- Я в доступной форме информирован (информирована) о возможных побочных эффектах предстоящего анестезиологического обеспечения, не являющихся дефектом лечения, в том числе:

- Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском развития нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других

систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного (смертельного) исхода.

• Мне разъяснено и я осознаю, что по время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В случае их возникновения я даю согласие на изменение вида и тактики анестезиологического пособия врачами по их усмотрению.

• Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников, предоставляющих платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья представляемого).

• Я поставил (поставила) 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 (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; 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.

• Мне в доступной для меня форме разъяснены альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа от обследования и лечения.

• Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения врача мною поняты, возможный риск предстоящего анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства мною осознан.

• Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и мною поняты.

• Мне известно, что в соответствии со ст.13 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» информация о факте обращения гражданина за медицинской помощью, сведения о состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, являются врачебной тайной. Сведения, составляющие врачебную тайну, могут быть разглашены только по основаниям, предусмотренным законодательством России или с моего личного письменного согласия.

***Гарантия конфиденциальности информации,
составляющей врачебную тайну, мне подтверждена.***

Подпись пациента (законного представителя пациента)

собственноручно: фамилия, имя, отчество, личный росчерк

« ____ » _____ 20__ года.

Пациент (законный представитель) подписал документ в моем присутствии:

Анестезиолог - реаниматолог Шевчук С.А.

должность, фамилия, инициалы, подпись врача
