

**Общество с ограниченной ответственностью «Джордж-Поликлиника»**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, \_\_\_\_\_,

*фамилия, имя, отчество (полностью)*

\_\_\_\_\_ года рождения, адрес регистрации по месту жительства:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан*

являясь законным представителем (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**) ребенка или лица, признанного недееспособным:

*(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, дата рождения)*

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) следующих медицинских вмешательств:**

• Я информирован (информирована) о целях, характере и возможных неблагоприятных эффектах данных медицинских вмешательств, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения.

• Я в доступной форме информирован (информирована) о возможных осложнениях и побочных эффектах предстоящих медицинских вмешательств, не являющихся дефектом лечения, в том числе:

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

• 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, 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;

- 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 медицинского вмешательства мною осознан.

- Я понимаю, что медицинским персоналом будут приниматься все необходимые меры для моего излечения (излечения представляемого), но никаких гарантий или обещаний относительно результатов лечения не может быть предоставлено.

- 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.***

- Я разрешаю предоставлять сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам (*вписать ФИО, контактный телефон*):

---

---

---

Подпись пациента (законного представителя пациента)

собственноручно: фамилия, имя, отчество, личный росчерк

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года.

Пациент (законный представитель) подписал документ в моем присутствии:

должность, фамилия, инициалы, подпись врача