

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА  
НА ВЫПОЛНЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ИЛИ  
ОТКАЗ ОТ НИХ**

Настоящее добровольное согласие (отказ) составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, \_\_\_\_\_,  
(полностью: Фамилия, Имя, Отчество, дата и год рождения)

получил (а) подробное разъяснение в доступной для меня форме по поводу диагноза, особенностей течения моего заболевания, степени тяжести и возможных осложнений, вероятной длительности лечения и прогноза (вероятности успешного исхода и исхода при отказе от лечения). Мне даны полные разъяснения в доступной форме по плану обследования и лечения (разъяснены возможные варианты медицинского вмешательства, связанные с ним риски последствия).

Я извещен (а) о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовать с врачом прием любых непрописанных препаратов (например для лечения простуды, гриппа, головной боли и т.п.) Я извещен(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата, бесконтрольное самолечение, могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

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 делать во время их проведения. Я получил (а) информацию об альтернативных методах лечения и имел (а) возможность задать любые интересующие вопросы касательно заболевания и лечения, получил (а) на них исчерпывающие ответы.

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Я ознакомлен (а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в ООО «Альтермед», и обязуюсь их соблюдать.

Мне разъяснены в доступной для меня форме, известны и понятны значение и последствия дачи информированного согласия, и дачи отказа от медицинского вмешательства.

С предложенным планом обследования и лечения, с проведением мне в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований (в том числе анализов крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии, рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований), лечебных мероприятий (в том числе прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

полностью и добровольно \_\_\_\_\_  
(прописью: «согласен» либо «отказываюсь»)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(подпись пациента)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(подпись врача)