

Информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения,

- Я, _____ ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами, установленными в ГБУ «ЦВППВИИ «Светлое озеро», и обязуюсь их соблюдать;
- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснены дополнительно;
- Я, _____ информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;
- Я, _____ извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу, медицинской сестре учреждения, о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;
- Я, _____ предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебного 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 (поставила) в известность врача, медицинскую сестру учреждения 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, об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я, согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками исключительно в медицинских целях, с учетом сохранения врачебной тайны;
- Я, ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение;
- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям.

"__" _____ 20__ года. Подпись _____ / _____

Расписался в моем присутствии:

Врач/ медсестра

ГБУ «ЦВПГПВИИ «Светлое озеро» _____ / _____

(Должность, И.О. Фамилия)