

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со ст.20 Федерального Закона Российской Федерации об охране здоровья граждан от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ

**Информированное добровольное согласие  
на проведение \_\_\_\_\_**

Я, (ФИО) \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу \_\_\_\_\_  
в отношении (ФИО) \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный(ая)  
по \_\_\_\_\_ адресу

*(Заполняется законным представителем пациента)*

Я, (ФИО) \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный(ая) по  
адресу \_\_\_\_\_

*(Заполняется пациентом в возрасте старше 15 лет, а в случае болезни наркоманией - пациентом в возрасте старше 16 лет)*

даю информированное добровольное согласие на проведение мне/пациенту законным представителем, которого я являюсь \_\_\_\_\_  
(название мед.услуги)

Врач предоставил мне в доступной форме полную информацию о целях, методах оказания медицинского исследования/медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинского вмешательства, а также о моих правах, связанных с медицинским вмешательством в частности:

**Целью проводимого медицинского вмешательства** является \_\_\_\_\_  
Врачом также предоставлена полная информация, касающаяся целей конкретно моего/пациента представителем которого я являюсь медицинского вмешательства.

Я проинформирован о сущности данного исследования, об альтернативных данному виду методах диагностики и преимуществах данного вида. Я в полной мере проинформирован о порядке проведения и содержании всех необходимых диагностических мероприятий. Я проинформирован, что с целью уточнения диагноза во время \_\_\_\_\_ врачом могут применяться дополнительные методы: \_\_\_\_\_. Я даю свое согласие на проведение врачом дополнительных диагностических мероприятий, в случае если данные мероприятия необходимы для постановки диагноза.

Мне доступно разъяснено и понятно, что при оказании медицинской услуги существуют риски возникновения осложнений в процессе оказания помощи, на разных его этапах. Врачом мне предоставлена полная информация, касающаяся рисков конкретно моего лечения/лечения пациента представителем, которого я являюсь.

При проведении медицинского вмешательства/медицинского исследования имеется ряд относительных и абсолютных противопоказаний: \_\_\_\_\_

Существуют медикаменты, которые могут оказать неблагоприятное действие на результат исследования. Мне разъяснено, что если я/лицо представителем которого я являюсь, в настоящее время принимаю любые медикаменты, необходимо проконсультироваться с лечащим врачом, для согласования режима и условия их приема.

Мне разъяснено, я согласен и понимаю, что при медицинском вмешательстве и после него возможны по объективным причинам (по причинам, независящим от врача, и правильности медицинских манипуляций) следующие осложнения: \_\_\_\_\_, а также другие осложнения, возникающие по независящим от врача причинам.

Осложнения обусловлены в первую очередь анатомо-физиологическими особенностями организма пациента. При возникновении вышеперечисленных осложнений могут потребоваться \_\_\_\_\_ Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может быть необходимо в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Предполагаемым результатом оказания медицинского исследования/медицинской помощи является \_\_\_\_\_

Врач доступно для моего понимания объяснил, что при оказании медицинских услуг имеется вероятность возникновения непредвиденных обстоятельств, в связи с тем, что специфика медицинской услуги предполагает вмешательства в биологические процессы, не контролируемые в 100% случаев волей человека и не изученные окончательно современной медицинской наукой.

Я проинформирован \_\_\_\_\_ (дополнительная информация по медицинской части, рекомендации перед оказание мед. услуги или после ее оказания).

Я проинформировал врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я предоставил о себе полную и достоверную информацию, которая может повлиять на оказание медицинской услуги.

**Настоящее добровольное информированное согласие мною прочитано, осознано и мне понятно, достаточно для принятия решения о согласии на получение медицинских услуг/медицинских исследований.** Кроме того, врач полностью проконсультировал меня по всем интересующим меня вопросам, я получил понятные и исчерпывающие ответы. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского исследования, или потребовать его (их) прекращения. Последствия такого отказа или прекращения медицинского вмешательства, врачом в доступной для меня форме мне разъяснены.

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ года

**Пациент:** \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью, подпись пациента/его законного представителя)

**Врач:** \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью, подпись специалиста)