

Амбулаторная помощь

Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство

Я, _____
(Ф.И.О.)

В соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г. №323-ФЗ, (редакция от 13.07.2015г. , редакция от 02.07.2021.) получил(а) полную и всестороннюю информацию в доступной для меня форме изложения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также предполагаемых результатах _____ психотерапия _____

(вид медицинского вмешательства)

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья (результатах обследования), заболевания (его диагнозе) и лечения и получил(а) на них удовлетворительные ответы.

Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения и связанных с ним последствиях и риске.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы на состояние моего здоровья, сообщил(а) обо всех имеющихся у меня заболеваниях, аллергических реакциях, обсудил(а) с лечащим врачом все индивидуальные особенности течения моего заболевания, о прошлых опытах и результатах лечения.

В доступной для меня форме я получил(а) разъяснения о возможных последствиях при отказе от данного медицинского вмешательства.

Мне были даны разъяснения о вероятном риске и возможных последствиях, в случае развития которых я согласен на проведение всех нужных лечебных мероприятий.

Я ознакомился(ась) и СОГЛАСЕН(СОГЛАСНА) с условиями предоставления платных медицинских услуг, установленными в _____ а также с предложенным планом обследования и лечения, в чем расписался собственноручно _____ (Ф.И.О., подпись пациента) _____

Дата _____

Пациент не согласился (отказался) от предложенного обследования или лечения, в чем расписался собственноручно _____ (подпись пациента).

Возможные последствия отказа от медицинского вмешательства _____

Беседу провел врач _____ (подпись врача), _____

« ____ » _____ 202__ г.