

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ИЛИ НА ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**
(основание: ст. 13,20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, _____ «____» _____ г.р.
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: осмотр врача-терапевта участкового, врача общей практики, консультацию врача-специалиста, проведение функциональных и УЗ методов исследования _____
Медицинским работником _____

(Ф.И.О., должность медицинского работника)

в доступной для меня форме в полном объеме представлена следующая информация и мне разъяснены:

1. Цель оказания медицинской помощи. В том числе: установление (уточнение, подтверждение) диагноза, определение необходимого объема обследования, выбор технологий и тактики лечения и т.д.
2. Методы оказания медицинской помощи. В том числе: сбор анамнеза, объективный осмотр, применение различных методов обследования (пальпация, перкуссия, аускультация, тонометрия, термометрия, антропометрия, пульсоксиметрия, исследования органов зрения, зрительных функций, органов слуха и слуховых функций, чувствительной и двигательной сфер), ректальное, вагинальное исследования, диагностические функциональные и УЗ методы исследования и т.д.).
3. Риски, связанные с оказанием медицинской помощи. Врач дал понятные, исчерпывающие ответы о степени риска медицинского вмешательства, неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур.
4. Возможные варианты медицинского вмешательства. В том числе: консультация врача-специалиста по выбору пациента или консультации врачей других специальностей, выбор функциональных методов и т.д.
5. Последствия медицинского вмешательства. В том числе: оценка результатов комплексного обследования для установления диагноза. Необходимость изменения объема диагностических и лечебных мероприятий для своевременной постановки диагноза, динамического наблюдения и т.д.
6. Предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. В том числе: установление (уточнение, подтверждение) диагноза, назначение/коррекция лечения, выдача рекомендаций, направление в специализированные лечебные учреждения города.

Я доверяю врачу _____ выполнить: _____
(Ф.И.О. врача)

Я понимаю, что в ходе медицинского вмешательства могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный план действий. Я доверяю врачу и его ассистентам принимать соответствующие решения на основании их профессионального суждения и выполнять любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимыми в данной ситуации.

Я извещен(а), что несообщение вовремя врачу об аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, операциях, о любом ухудшении самочувствия, несоблюдение рекомендаций врача и самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья и лечении.

Я уведомлен(а), что в процессе лечения необходимо регулярно и в соответствии с установленным лечащим врачом графиком являться на прием к лечащему врачу для наблюдения и контроля за процессом лечения. Понимаю, что неявка на контрольный осмотр к лечащему врачу может привести к нежелательным или неблагоприятным последствиям для здоровья.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств и я оставляю за собой право отказаться от медицинского вмешательства (медицинского исследования) или требовать его прекращения. В таком случае я не буду предъявлять претензий за исход моего заболевания.

Я или законный представитель извещён о том, что допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, должностным лицам в целях медицинского обследования и лечения пациентов.

Я полностью понимаю суть изложенного, мне понятен смысл всех терминов, получил(а) подробные ответы на все заданные мною вопросы, не имею претензий к медицинскому работнику относительно доступности и объема представленной мне информации. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне врачом, оно полностью мне понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

Пациент/законный представитель: _____ / _____ / «____» _____ г.
(подпись) (Ф.И.О.) (дата)

Медицинский работник: _____ / _____ / «____» _____ г.

От оказания указанной выше медицинской помощи отказываюсь, что удостоверяю своей подписью. Мне разъяснены возможные последствия отказа.

Пациент: _____ / _____ / «____» _____ г.
(подпись) (Ф.И.О.) (дата)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ИЛИ НА ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**
(основание: ст.13, 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, _____ «____» _____ г.р.
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: **Исследования в отделении
лучевой диагностики** _____

Медицинским работником _____
(Ф.И.О., должность медицинского работника)

в доступной для меня форме в полном объеме представлена следующая информация и мне разъяснены:

1. Цель оказания медицинской помощи. В том числе: установление (уточнение, подтверждение) диагноза, определение необходимого объема обследования, выбор технологий и т.д.
2. Методы оказания медицинской помощи – Рентгенологические исследования, без/с применением контрастных веществ per os/per rectum. О дозе получаемого облучения проинформирован.
3. Риски, связанные с оказанием медицинской помощи. В том числе: в случае введения контрастного вещества возможна аллергическая реакция, тошнота, рвота, в случае дефекта стенки пищевода, желудка, кишки его проникновение в прилежащие пространства с возникновением воспалительных изменений, попадание бариевой взвеси в дыхательные пути и т.д.
4. Возможные варианты медицинского вмешательства. В том числе: рентгеновское исследование
5. Последствия медицинского вмешательства. В том числе: оценка результатов комплексного обследования для установления диагноза. Необходимость изменения объема диагностических и лечебных мероприятий для своевременной постановки диагноза.
6. Предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. В том числе: установление (уточнение, подтверждение) диагноза, выдача заключения.

Я доверяю врачу _____ выполнить: _____
(Ф.И.О.)

Я понимаю, что в ходе медицинского вмешательства могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный план действий. Я доверяю врачу и его ассистентам принимать соответствующие решения на основании их профессионального суждения и выполнять любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимыми в данной ситуации.

Я извещен(а), что несообщение вовремя врачу об аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, операциях, о любом ухудшении самочувствия, несоблюдение рекомендаций врача и самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья и лечении. Исследования при беременности и кормлении грудью выполняются только по жизненным показаниям.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств и я оставляю за собой право отказаться от медицинского вмешательства (медицинского исследования) или требовать его прекращения. В таком случае я не буду предъявлять претензий за исход моего заболевания.

Я или законный представитель извещён о том, что допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, должностным лицам в целях медицинского обследования и лечения пациентов.

Я полностью понимаю суть изложенного, мне понятен смысл всех терминов, получил(а) подробные ответы на все заданные мною вопросы, не имею претензий к медицинскому работнику относительно доступности и объема представленной мне информации. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне врачом, оно полностью мне понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

Пациент/законный представитель: _____ / _____ / «____» _____ г.
(подпись) (Ф.И.О.) (дата)

Медицинский работник: _____ / _____ / «____» _____ г.

От оказания указанной выше медицинской помощи отказываюсь, что удостоверяю своей подписью. Мне разъяснены возможные последствия отказа.

Пациент: _____ / _____ / «____» _____ г.
(подпись) (Ф.И.О.) (дата)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ИЛИ НА ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО
ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

(основание: ст.13, 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, _____ «____» _____ г.р.
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: **Эндоскопическое исследование** _____

Медицинским работником _____
(Ф.И.О., должность медицинского работника)

в доступной для меня форме в полном объеме представлена следующая информация и мне разъяснены:

1. Цель оказания медицинской помощи. В том числе: установление (уточнение, подтверждение) диагноза, определение необходимого объема обследования, выбор технологий и т.д.
2. Методы оказания медицинской помощи – Эндоскопическое исследование желудка, всех отделов толстой кишки, части тонкой кишки, прямой кишки, забор материала для гистологического, цитологического исследований.
3. Риски, связанные с оказанием медицинской помощи. В том числе: контактное кровотечение, перфорация органа при патологических изменениях стенки органа, аллергическая реакция на анестетик, болевые ощущения (при отсутствии анестезиологического пособия), сердцебиение, головокружение, изменение АД, состояние дискомфорта, психоэмоциональное напряжение и т.д.
4. Возможные варианты медицинского вмешательства. В том числе: ФГДС, ФКС.
5. Последствия медицинского вмешательства. В том числе: оценка результатов комплексного обследования для установления диагноза. Необходимость изменения объема диагностических и лечебных мероприятий для своевременной постановки диагноза.
6. Предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. В том числе: установление (уточнение, подтверждение) диагноза, выдача заключения.

Я доверяю врачу _____ выполнить: Эндоскопическое исследование _____
(Ф.И.О. врача)

Я понимаю, что в ходе медицинского вмешательства могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный план действий. Мне разъяснено, что плохая переносимость процедуры, некачественная подготовка к исследованию или особенности моего организма могут стать объективной причиной для прерывания исследования. Я доверяю врачу и его ассистентам принимать соответствующие решения на основании их профессионального суждения и выполнять любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимыми в данной ситуации.

Я извещен(а), что несообщение вовремя врачу об аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, операциях, о любом ухудшении самочувствия, несоблюдение рекомендаций врача могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья и лечении.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств и я оставляю за собой право отказаться от медицинского вмешательства (медицинского исследования) или требовать его прекращения. В таком случае я не буду предъявлять претензий за исход моего заболевания.

Я или законный представитель извещён о том, что допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, должностным лицам в целях медицинского обследования и лечения пациентов.

Я полностью понимаю суть изложенного, мне понятен смысл всех терминов, получил(а) подробные ответы на все заданные мною вопросы, не имею претензий к медицинскому работнику относительно доступности и объема представленной мне информации. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне врачом, оно полностью мне понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

Пациент/законный представитель: _____ / _____ / «____» _____ г.
(подпись) (Ф.И.О.) (дата)

Медицинский работник: _____ / _____ / «____» _____ г.

От оказания указанной выше медицинской помощи отказываюсь, что удостоверяю своей подписью. Мне разъяснены возможные последствия отказа.

Пациент: _____ / _____ / «____» _____ г.
(подпись) (Ф.И.О.) (дата)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ИЛИ НА ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**
(основание: ст. 13,20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, _____ «____» _____ г.р.
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: выполнение инвазивных манипуляций, операций _____

Медицинским работником _____
(Ф.И.О., должность медицинского работника)

в доступной для меня форме в полном объеме представлена следующая информация и мне разъяснены:

1. Цель оказания медицинской помощи. В том числе: установление (уточнение, подтверждение) диагноза, определение необходимого объема обследования, выбор технологий т.д.
2. Методы оказания медицинской помощи. В том числе: удаление доброкачественных новообразований и гнойно-воспалительных заболеваний кожи и п/кожной жировой клетчатки, малоинвазивный метод лечения варикозной болезни.
3. Риски, связанные с оказанием медицинской помощи. В том числе: болезненность, кровотечение, гематома, лихорадка, местная аллергическая реакция на лекарственный препарат, поверхностные некрозы, тромбоз, психоз, эмоциональное напряжение и т.д.
4. Возможные варианты медицинского вмешательства. В том числе: инъекционное введение склерозирующего раствора, лечение методом электроэксцизии и т.д.
5. Последствия медицинского вмешательства. В том числе: устранение новообразований, воспалительного заболевания, варикозно трансформированных вен, улучшение качества жизни.
6. Предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. В том числе: установление (уточнение, подтверждение) диагноза, излечение, профилактика прогрессирования варикозной болезни, выдача заключения.

Я доверяю врачу _____ выполнить: _____
(Ф.И.О. врача)

Я понимаю, что в ходе медицинского вмешательства могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный план действий. Я доверяю врачу и его ассистентам принимать соответствующие решения на основании их профессионального суждения и выполнять любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимыми в данной ситуации.

Я извещен(а), что несообщение вовремя врачу о любом ухудшении самочувствия, несоблюдение рекомендаций врача и самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья и лечении.

Я уведомлен(а), что в процессе лечения необходимо регулярно и в соответствии с установленным лечащим врачом графиком являться на прием к лечащему врачу для наблюдения и контроля за процессом лечения. Понимаю, что неявка на контрольный осмотр к лечащему врачу может привести к нежелательным или неблагоприятным последствиям для здоровья.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств и я оставляю за собой право отказаться от медицинского вмешательства (медицинского исследования) или требовать его прекращения. В таком случае я не буду предъявлять претензий за исход моего заболевания.

Я или законный представитель извещён о том, что допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, должностным лицам в целях медицинского обследования и лечения пациентов.

Я полностью понимаю суть изложенного, мне понятен смысл всех терминов, получил(а) подробные ответы на все заданные мною вопросы, не имею претензий к медицинскому работнику относительно доступности и объема представленной мне информации. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне врачом, оно полностью мне понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

Пациент/законный представитель: _____ / _____ / «____» _____ г.
(подпись) (Ф.И.О.) (дата)

Медицинский работник: _____ / _____ / «____» _____ г.

От оказания указанной выше медицинской помощи отказываюсь, что удостоверяю своей подписью. Мне разъяснены возможные последствия отказа.

Пациент: _____ / _____ / «____» _____ г.
(подпись) (Ф.И.О.) (дата)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ИЛИ НА ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**
(основание: ст. 13,20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, _____ «____» _____ г.р.
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: проведение лечебных мероприятий _____

Медицинским работником _____
(Ф.И.О., должность медицинского работника)

в доступной для меня форме в полном объеме представлена следующая информация и мне разъяснены:

1. Цель оказания медицинской помощи. В том числе: определение необходимого объема лечения, выбор технологий и тактики лечения и т.д.
2. Методы оказания медицинской помощи. В том числе: сбор анамнеза, объективный осмотр, применение различных методов обследования, физиотерапия, массаж, лечебная физкультура, механотерапия, водолечение, медикаментозная пероральная и инфузионная терапия, рефлексотерапия, мануальная терапия и т.д.
3. Риски, связанные с оказанием медицинской помощи. В том числе: кратковременное обострение основного заболевания, аллергическая реакция на медикаменты, пирогенная реакция, подкожная гематома, облитерация вены, болезненность при манипуляциях и т.д.
4. Возможные варианты медицинского вмешательства. В том числе: консультация врачей-специалистов, лечение в амбулаторных условиях или в круглосуточном стационаре и т.д.
5. Последствия медицинского вмешательства. В том числе: оценка результатов комплексного лечения, восстановление утраченных функций, внесение изменений в план проведения медицинских мероприятий и т.д.
6. Предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. В том числе: назначение лечения, выдача заключения и рекомендаций, оценка динамики заболевания и т.д.

Я доверяю врачу _____ назначить и провести лечебные мероприятия _____
(Ф.И.О. врача)

Я понимаю, что в ходе медицинского вмешательства могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный план действий. Я доверяю врачу и его ассистентам принимать соответствующие решения на основании их профессионального суждения и выполнять любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимыми в данной ситуации.

Я извещен(а), что несообщение вовремя врачу об аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, операциях, о любом ухудшении самочувствия, несоблюдение рекомендаций врача и самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья и лечении.

Я уведомлен(а), что в процессе лечения необходимо регулярно и в соответствии с установленным лечащим врачом графиком являться на прием к лечащему врачу для наблюдения и контроля за процессом лечения. Понимаю, что неявка на контрольный осмотр к лечащему врачу может привести к нежелательным или неблагоприятным последствиям для здоровья.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств и я оставляю за собой право отказаться от медицинского вмешательства (медицинского исследования) или требовать его прекращения. В таком случае я не буду предъявлять претензий за исход моего заболевания.

Я или законный представитель извещён о том, что допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, должностным лицам в целях медицинского обследования и лечения пациентов.

Я полностью понимаю суть изложенного, мне понятен смысл всех терминов, получил(а) подробные ответы на все заданные мною вопросы, не имею претензий к медицинскому работнику относительно доступности и объёма представленной мне информации. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне врачом, оно полностью мне понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

Пациент/законный представитель: _____ / _____ / « ____ » _____ г.
(подпись) (Ф.И.О.) (дата)

Медицинский работник: _____ / _____ / « ____ » _____ г.

От оказания указанной выше медицинской помощи отказываюсь, что удостоверяю своей подписью. Мне разъяснены возможные последствия отказа.

Пациент: _____ / _____ / « ____ » _____ г.
(подпись) (Ф.И.О.) (дата)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ИЛИ НА ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**
(основание: ст. 13,20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, _____ «___» _____ г.р.
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: проведение профилактического медицинского осмотра и диспансеризации

Медицинским работником _____
(Ф.И.О., должность медицинского работника)

в доступной для меня форме в полном объеме представлена следующая информация и мне разъяснены:

1. Цель оказания медицинской помощи. В том числе: профилактика и раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, определение профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий, определение группы диспансерного наблюдения и т.д.
2. Методы оказания медицинской помощи. В том числе: сбор анамнеза, объективный осмотр, применение различных методов обследования (пальпация, перкуссия, аускультация, тонометрия, термометрия, антропометрия, пульсоксиметрия, исследования органов зрения, зрительных функций, органов слуха и слуховых функций, чувствительной и двигательной сфер), ректальное, вагинальное исследования, диагностические исследования и т.д.).
3. Риски, связанные с оказанием медицинской помощи. Врач дал понятные, исчерпывающие ответы о степени риска медицинского вмешательства, неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур.
4. Возможные варианты медицинского вмешательства. В том числе: консультация врача-специалиста по выбору пациента или консультации врачей других специальностей, выбор функциональных и др. методов исследований и т.д.
5. Последствия медицинского вмешательства. В том числе: оценка результатов комплексного обследования для установления группы здоровья, группы диспансерного наблюдения. Необходимость изменения объёма диагностических и лечебных мероприятий для своевременной постановки диагноза, динамического наблюдения и т.д.
6. Предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. В том числе: установление (уточнение, подтверждение) диагноза, назначение/коррекция лечения, выдача рекомендаций, направление в специализированные лечебные учреждения города.

Я доверяю врачу _____ выполнить: _____
(Ф.И.О. врача)

Я понимаю, что в ходе медицинского вмешательства могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный план действий. Я доверяю врачу и его ассистентам принимать соответствующие решения на основании их профессионального суждения и выполнять любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимыми в данной ситуации.

Я извещен(а), что несообщение вовремя врачу об аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, операциях, о любом ухудшении самочувствия, несоблюдение рекомендаций врача и самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья и лечении.

Я уведомлен(а), что в процессе лечения необходимо регулярно и в соответствии с установленным лечащим врачом графиком являться на прием к лечащему врачу для наблюдения и контроля за процессом лечения. Понимаю, что неявка на контрольный осмотр к лечащему врачу может привести к нежелательным или неблагоприятным последствиям для здоровья.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств и я оставляю за собой право отказаться от медицинского вмешательства (медицинского исследования) или требовать его прекращения. В таком случае я не буду предъявлять претензий за исход моего заболевания.

Я или законный представитель извещён о том, что допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, должностным лицам в целях медицинского обследования и лечения пациентов.

Я полностью понимаю суть изложенного, мне понятен смысл всех терминов, получил(а) подробные ответы на все заданные мною вопросы, не имею претензий к медицинскому работнику относительно доступности и объёма представленной мне информации. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне врачом, оно полностью мне понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

Пациент/законный представитель: _____ / _____ / «___» _____ г.
(подпись) (Ф.И.О.) (дата)

Медицинский работник: _____ / _____ / «___» _____ г.

От оказания указанной выше медицинской помощи отказываюсь, что удостоверяю своей подписью. Мне разъяснены возможные последствия отказа.

Пациент: _____ / _____ / «___» _____ г.
(подпись) (Ф.И.О.) (дата)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ИЛИ НА ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**
(основание: ст. 13,20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, _____ «_____» _____ г.р.
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: **проведение профилактических прививок:** _____

Медицинским работником _____
(Ф.И.О., должность медицинского работника)

в доступной для меня форме в полном объеме представлена следующая информация и мне разъяснены:

1. Цель оказания медицинской помощи. В том числе: создание специфической невосприимчивости к инфекционным болезням.
2. Методы оказания медицинской помощи. В том числе: сбор анамнеза, объективный осмотр, применение различных методов обследования (при необходимости), инъекционное введение медицинского иммунобиологического препарата.
3. Риски, связанные с оказанием медицинской помощи. В том числе: болезненность в месте инъекции, аллергическая, пирогенная реакции, подкожная гематома, абсцесс, флегмона и т.д.
4. Возможные варианты медицинского вмешательства. В том числе: вакцинация.
5. Последствия медицинского вмешательства. В том числе: формирование временного и постоянного иммунитета и т.д.
6. Предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. В том числе: создание иммунной прослойки населения, снижение заболеваемости, получение разрешения на выезд в другие страны и приём на работу, выполнение которой связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями т.д.

Я доверяю врачу _____ назначить и провести профилактические мероприятия _____
(Ф.И.О. врача)

Я понимаю, что в ходе медицинского вмешательства могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный план действий. Я доверяю врачу и его ассистентам принимать соответствующие решения на основании их профессионального суждения и выполнять любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимыми в данной ситуации.

Я извещен(а), что несообщение вовремя врачу об аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, операциях, о любом ухудшении самочувствия, несоблюдение рекомендаций врача и самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья и лечении.

Я уведомлен(а), что в процессе лечения необходимо регулярно и в соответствии с установленным лечащим врачом графиком являться на прием к лечащему врачу для наблюдения и контроля за процессом лечения. Понимаю, что неявка на контрольный осмотр к лечащему врачу может привести к нежелательным или неблагоприятным последствиям для здоровья.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств и я оставляю за собой право отказаться от медицинского вмешательства (медицинского исследования) или требовать его прекращения. В таком случае я не буду предъявлять претензий за исход моего заболевания.

Я или законный представитель извещён о том, что допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, должностным лицам в целях медицинского обследования и лечения пациентов.

Я полностью понимаю суть изложенного, мне понятен смысл всех терминов, получил(а) подробные ответы на все заданные мною вопросы, не имею претензий к медицинскому работнику относительно доступности и объёма представленной мне информации. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне врачом, оно полностью мне понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

Пациент/законный представитель: _____ / _____ / «_____» _____ г.
(подпись) (Ф.И.О.) (дата)

Медицинский работник: _____ / _____ / «_____» _____ г.

От оказания указанной выше медицинской помощи отказываюсь, что удостоверяю своей подписью. Мне разъяснены возможные последствия отказа.

Пациент: _____ / _____ / «_____» _____ г.
(подпись) (Ф.И.О.) (дата)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ИЛИ НА ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**
(основание: ст. 13,20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, _____ «____» _____ г.
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: хирургическое
стоматологическое лечение _____

Медицинским работником _____
(Ф.И.О., должность медицинского работника)

в доступной для меня форме в полном объеме представлена следующая информация и мне разъяснены:

1. Цель оказания медицинской помощи. В том числе: установление (уточнение, подтверждение) диагноза, определение необходимого объема вмешательства, выбор технологий, устранение очагов инфекции и т.д.
2. Методы оказания медицинской помощи. В том числе: опрос, осмотр, анестезия, удаление зубов, корней и гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и т.д.
3. Риски, связанные с оказанием медицинской помощи. В том числе: местно: болезненность, кровотечение, гематома, воспаление, аллергическая реакция на лекарственный препарат, нарушение чувствительности, невралгия, парез, поверхностные некрозы, контрактура нижней челюсти, перфорации вследствие анатомических особенностей челюстно-лицевой области и наличия кист, абсцесса, остеомиелита, психоэмоциональное напряжение, обморок, коллапс, нарушение деятельности с/сосудистой системы, аллергическая реакция на лекарственные препараты и т.д.
4. Возможные варианты медицинского вмешательства. В том числе: направление на лечение в отделение челюстно-лицевой хирургии, оториноларингологическое отделение стационара и т.д.
5. Последствия медицинского вмешательства. В том числе: устранение очагов инфекции в полости рта, воспалительного заболевания, улучшение качества жизни.
6. Предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. В том числе: установление (уточнение, подтверждение) диагноза, излечение, профилактика прогрессирования заболеваний челюстно-лицевой области, выдача заключения.

Я доверяю врачу _____ выполнить: _____
(Ф.И.О. врача)

Я понимаю, что в ходе медицинского вмешательства могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный план действий. Я доверяю врачу и его ассистентам принимать соответствующие решения на основании их профессионального суждения и выполнять любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимыми в данной ситуации.

Я извещен(а), что несообщение вовремя врачу о любом ухудшении самочувствия, несоблюдение рекомендаций врача и самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья и лечении.

Я уведомлен(а), что в процессе лечения необходимо регулярно и в соответствии с установленным лечащим врачом графиком являться на прием к лечащему врачу для наблюдения и контроля за процессом лечения. Понимаю, что неявка на контрольный осмотр к лечащему врачу может привести к нежелательным или неблагоприятным последствиям для здоровья.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств и я оставляю за собой право отказаться от медицинского вмешательства (медицинского исследования) или требовать его прекращения. В таком случае я не буду предъявлять претензий за исход моего заболевания.

Я или законный представитель извещён о том, что допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, должностным лицам в целях медицинского обследования и лечения пациентов.

Я полностью понимаю суть изложенного, мне понятен смысл всех терминов, получил(а) подробные ответы на все заданные мною вопросы, не имею претензий к медицинскому работнику относительно доступности и объема представленной мне информации. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне врачом, оно полностью мне понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

Пациент/законный представитель: _____ / _____ /
«____» _____ г.

Медицинский работник: _____ / _____ / «____» _____ г.

От оказания указанной выше медицинской помощи отказываюсь, что удостоверяю своей подписью. Мне разъяснены возможные последствия отказа.

Пациент: _____ / _____ / «____» _____ г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ИЛИ НА ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**
(основание: ст. 13,20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, _____ «____» _____ г.р.
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: проведение
терапевтического стоматологического лечения _____

Медицинским работником _____
(Ф.И.О., должность медицинского работника)

в доступной для меня форме в полном объеме представлена следующая информация и мне разъяснены:

1. Цель оказания медицинской помощи. В том числе: определение необходимого объема лечения, выбор метода и тактики лечения, санация полости рта и т.д.
2. Методы оказания медицинской помощи. В том числе: сбор анамнеза, объективный осмотр, анестезия, применение различных методов обследования (визиография, электроодонтометрия, апекслокация, гигиенические тесты), эндодонтическое лечение, удаление зубных отложений, пломбирование зубов и т.д.
3. Риски, связанные с оказанием медицинской помощи. В том числе: местная и общая аллергическая реакция на медикаменты, гематома, болезненность при манипуляциях, вследствие анатомических особенностей и наличием воспалительных изменений в костной ткани возможна перфорация стенки канала, трещина, выход пломбировочного материала за апекс зуба, отлом стенок зуба, психоэмоциональное напряжение, обморок, коллапс и т.д.
4. Возможные варианты медицинского вмешательства. В том числе: консультация врачей-специалистов, лечение в амбулаторных условиях или в стационаре и т.д.
5. Последствия медицинского вмешательства. В том числе: оценка результатов комплексного лечения, восстановление утраченных функций, внесение изменений в план проведения медицинских мероприятий и т.д.
6. Предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. В том числе: назначение лечения, санация полости рта, выдача заключения и рекомендаций, оценка динамики заболевания и т.д.

Я доверяю врачу _____ назначить и провести лечебные мероприятия _____
(Ф.И.О. врача)

Я понимаю, что в ходе медицинского вмешательства могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный план действий. Я доверяю врачу и его ассистентам принимать соответствующие решения на основании их профессионального суждения и выполнять любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимыми в данной ситуации.

Я извещен(а), что несообщение вовремя врачу об аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, операциях, о любом ухудшении самочувствия, несоблюдение рекомендаций врача и самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья и лечении.

Я уведомлен(а), что в процессе лечения необходимо регулярно и в соответствии с установленным лечащим врачом графиком являться на прием к лечащему врачу для наблюдения и контроля за процессом лечения. Понимаю, что неявка на контрольный осмотр к лечащему врачу может привести к нежелательным или неблагоприятным последствиям для здоровья.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств и я оставляю за собой право отказаться от медицинского вмешательства (медицинского исследования) или требовать его прекращения. В таком случае я не буду предъявлять претензий за исход моего заболевания.

Я или законный представитель извещён о том, что допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, должностным лицам в целях медицинского обследования и лечения пациентов.

Я полностью понимаю суть изложенного, мне понятен смысл всех терминов, получил(а) подробные ответы на все заданные мною вопросы, не имею претензий к медицинскому работнику относительно доступности и объема представленной мне информации. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне врачом, оно полностью мне понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

Пациент/законный представитель: _____ / _____ / «____» _____ г.
(подпись) (Ф.И.О.) (дата)

Медицинский работник: _____ / _____ / «____» _____ г.

От оказания указанной выше медицинской помощи отказываюсь, что удостоверяю своей подписью. Мне разъяснены возможные последствия отказа.

Пациент: _____ / _____ / «____» _____ г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ФОРМИРОВАНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ФОРМЕ ЭЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТА И
ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, _____ « ____ » _____ г.р.
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя)

(Адрес места жительства гражданина/законного представителя, паспортные данные: серия, номер, дата выдачи, выдавший его орган, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия законного представителя)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 29.12.2006 №255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и Федерального закона от 27.07.2006 №153-ФЗ «О персональных данных» в целях осуществления обязательного социального страхования подтверждаю своё согласие на формирование листка нетрудоспособности в форме электронного документа, а также на обработку моих законного представителя персональных данных, необходимых для оформления листка нетрудоспособности в форме электронного документа, в т.ч. СНИЛС, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, извлечение, использование, передачу, распространение, предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Медицинская организация вправе обрабатывать и передавать для обработки другим участникам информационного взаимодействия – страхователю, Фонду социального страхования Российской Федерации, учреждению медико-социальной экспертизы и другим медицинским организациям Мои законного представителя персональные данные, необходимые для оформления листка нетрудоспособности в форме электронного документа, в т.ч. СНИЛС, посредством внесения их в электронную базу данных с использованием машинных носителей информации, по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа без специального уведомления меня об этом.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Настоящее согласие дано мной « ____ » _____ - _____ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес медицинской организации по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю медицинской организации. В случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных медицинская организация обязана прекратить их обработку. По истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (двадцать пять лет) медицинская организация обязана уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы медицинской организации, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Подпись гражданина/законного представителя: _____

