

**Информированное добровольное согласие
на выполнение исследования, вмешательства, операции, лечение.**

г.Липецк

“ _____ ” часов “ _____ ” минут

**Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 30,31,32,33,
Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22.07.1993г. №5487-1**

Я, _____
находясь на лечении в ООО «Авиценна», по моему добровольному желанию прошу провести мне все необходимые диагностические исследования и мероприятия, лечебные манипуляции и процедуры, а при необходимости – операции, связанные с лечением моего заболевания.

1. Мне разъяснены состояние моего здоровья и заболевания, а также характер, порядок и содержание всех необходимых диагностических и лечебных мероприятий, соответствующих установленному и объявленному мне диагнозу моего заболевания и стадии его развития.

2. С результатами исследований подтверждающими поставленный мне диагноз ознакомлен(а).

3. Настоящим я доверяю Врачу _____ (в дальнейшем Врач) и его коллегам
(Фамилия, И.О. лечащего врача)

выполнять все необходимые мне исследования, вмешательства, операции.

4. Я информирован(а) о характере предстоящих исследований/манипуляций, связанным с ними риском и возможным развитии неприятных ощущений, осложнений и последствий: 1) болевых ощущениях; 2) повышенной кровоточивости; 3) тромбозе, эмболии (закупорке сосудов); 4) воспалительных явлениях; 5) обострении сопутствующих заболеваний; 6) аллергических реакциях; 7) колебаниях артериального давления; 8) механическом повреждении органа; 9) возможности нетрудоспособности и неблагоприятного жизненного прогноза.

5. Я проинформирован(а) об альтернативных данному виду методах лечения и о преимуществах данного вида. Я также ознакомлен(а) с планом предлагаемого мне поэтапного медикаментозного лечения и действием данных лекарственных препаратов, с возможным изменением медикаментозной терапии в случае непереносимости мною тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния моего здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами.

6. Я предупрежден(а) о последствиях отказа от предлагаемого метода исследования/манипуляции, включая возможные осложнения.

7. Мне разъяснено, что в ходе выполнения медицинских действий, проводимых мне, может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, исследований, операций, лечебных мероприятий не указанных в п.3. Я доверяю Врачу и его коллегам принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые Врач сочтет необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения моего состояния.

8. Я заявляю, что в **Анжете пациента** изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья.

9. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

10. Мое решение является **свободным** и **добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства.

11. Я ознакомлен(а) с распорядком дня, нормами и правилами поведения правилами оказания медицинских услуг в ООО «Авиценна» и **обязуюсь** соблюдать их.

12. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне Врачом, оно мне полностью понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

Подпись Пациента _____

Фамилия (полностью), И.О.

Подпись Врача _____

Фамилия (полностью), И.О.



СТОМАТОЛОГИЯ

тел. 71-15-15, 8-900-595-25-75
г. Липецк, ул. Хреникова д.1, помещ. 9

на Елецком