

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

На виды медицинских вмешательств, включенные в перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации.

Я, \_\_\_\_\_, в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 №23-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", а также статей 4, 11 и 28 Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» даю информированное добровольное согласие, на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации, утвержденный приказом МЗ и СР РФ от 23.04.2012 г. № 390н, а также на осмотр врачом-психиатром и врачом-психиатром-наркологом в ООО «Научно-исследовательский центр Эко-безопасность».

Медицинским работником, \_\_\_\_\_, в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска медицинского вмешательства, и врач дал мне понятные, исчерпывающие ответы. Я информирован(а) о характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения.

Я извещен(а) о том, что необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств.

Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного 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 уведомлен(а) о необходимости сообщить правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Я поставил(а) в известность врачей обо всех проблемах с моим здоровьем, путем заполнения прилагаемой анкеты.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".

Получив полную информацию о проводимом медицинском осмотре (обследовании) со всеми необходимыми исследованиями, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов. На меня не оказывалось давления и я осознанно согласен на медицинское обследование в предложенном объеме с учетом сохранения врачебной тайны.

Я ознакомился(лась) со всеми пунктами настоящего документа, получил(а) необходимые пояснения, понял(а) суть подписываемого документа и согласен(сна) с ним.

ФИО гражданина: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

ФИО мед. работника: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_