

### III. ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ (ОТКАЗ) НА ВЫПОЛНЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ)

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 30,31,32,33 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-1.

Мне разъяснены \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество пациента или его законного представителя)

лечащим врачом состояние моего здоровья, цель, характер, ход и объём необходимых диагностических обследований, которые позволят уточнить диагноз, оценить состояние моего здоровья, определить ход дальнейшего лечения и представить прогноз, а также способы обследования.

Настоящим я доверяю ВРАЧУ \_\_\_\_\_ (далее ВРАЧ) и его коллегам выполнить все необходимые медицинские исследования/манипуляции, а также медицинские вмешательства, в соответствии с состоянием моего здоровья.

Мне известно, что указанные в листе врачебных назначений медицинские вмешательства могут сопровождаться развитием неприятных ощущений, побочных эффектов и осложнений, т.к. в целом, медицинская деятельность, в соответствии со статьей 40 Федерального Закона № 15-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», отнесена к категории потенциально опасных, что может быть связано как с исходным состоянием моего организма непосредственно перед медицинским вмешательством, так и с неадекватной реакцией организма на производимые медицинские вмешательства.

Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий может возникнуть необходимость выполнения другого вмешательства, исследования (манипуляции), не указанных ранее. Я доверяю ВРАЧУ и его ассистентам принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением, и выполнить любые медицинские вмешательства, которые ВРАЧ сочтёт необходимыми для улучшения моего состояния, т.к. информирован (-а), что ВРАЧ и его ассистенты обладают достаточными навыками, знаниями и работают по Программам, утверждённым Минздравсоцразвитием РФ, гарантируют выполнение этих Программ и будут использовать только методы, разрешённые к применению Минздравсоцразвитием РФ.

Я также ознакомлен (-а) с планом предлагаемого мне медикаментозного лечения и действием назначенных лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости мною тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния моего здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также с возможным применением лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами.

Мне разъяснены все возможные последствия в развитии настоящего заболевания в случае моего отказа от предлагаемых исследований/манипуляций и назначаемого лечения. В этом случае я не буду иметь претензий к лечебному учреждению. Вся информация о состоянии моего здоровья, способах, целях, характере, ходе и объёме необходимых диагностических исследований, о ходе и возможных последствиях дальнейшего лечения, а также информация о возможных последствиях в развитии настоящего заболевания, в случае моего отказа от предлагаемых исследований/манипуляций и назначаемого лечения, мне разъяснена ВРАЧОМ в доступной мне форме, на понятном языке.

Я разрешаю (не разрешаю) (*нужное подчеркнуть*) давать следующие сведения о моем пребывании в отделении клиники через справочное бюро:

- мою Фамилию, Имя, Отчество;
- наименование клиники, где я лечусь;
- сведения о моём общем состоянии.

Я разрешаю (не разрешаю) (*нужное подчеркнуть*) ВРАЧУ или начальнику отделения, где я лечусь, давать сведения о моём состоянии здоровья и заболевании, методах лечения и прогнозе заболевания моим родственникам: жене, мужу, совершеннолетним детям, отцу, матери, брату, сестре (*нужное подчеркнуть*), а также курсантам, слушателям и студентам, обучающимся в академии. При возникновении необходимости, разрешаю (не разрешаю) (*нужное подчеркнуть*) проводить экспертизу моей медицинской карты назначенному стороннему эксперту.

Я также ознакомлен (-а) с тем, что платные медицинские услуги, оказываемые в клиниках академии, необходимо оплачивать только через кассу академии. За качество обследования и оказанной медицинской помощи, оплаченных с нарушением действующего законодательства Российской Федерации, администрация Военно-медицинской академии ответственности не несет.

Я прочитал (-а) и понял (-а) всё вышеизложенное, удовлетворён (-а) ответами ВРАЧА на мои вопросы.

**Подпись ПАЦИЕНТА** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка подписи)

**Подпись ВРАЧА**, проводившего информирование \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка подписи)

« \_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_г.

Если ПАЦИЕНТ не может подписать настоящий документ вследствие тяжести своего физического состояния, является несовершеннолетним или признан в установленном порядке недееспособным: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись и расшифровка подписи законного представителя

ПАЦИЕНТА)

**Подпись ВРАЧА** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка подписи)

« \_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_г.

От проведения \_\_\_\_\_  
отказываюсь, что удостоверяю своей подписью.

**Подпись ПАЦИЕНТА (или его законного представителя)** \_\_\_\_\_

**Подпись ВРАЧА** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка подписи)

Мне известно, что заболевание имеет хроническое течение и при оказании медицинской помощи может произойти улучшение состояния, но не может быть гарантировано выздоровление.

**Подпись ПАЦИЕНТА (или его законного представителя)** \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка подписи)

« \_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_г.

