

Информированное согласие пациента с общим планом обследования и лечения

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента)

находясь на лечении в ООО «Омега» Медицинском центре «ГАРФФ»,

ознакомлен(а) моим лечащим врачом _____
(фамилия, имя, отчество врача)

и с намеченным мне общим планом обследования и лечения.

Лечащим врачом мне лично были разъяснены цель, характер, ход и объем планируемого обследования, а также способы его проведения.

Я ознакомлен(а) с планом предполагаемого медикаментозного лечения и действием лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами по согласованию с моим лечащим врачом. Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Мне разъяснено, что необходимым условием лечения является четкое соблюдение лечебно-охранительного режима, правил внутреннего распорядка. Несоблюдение их может отрицательно отразиться на состоянии моего здоровья, и будет расценено как добровольный отказ от предложенного лечения.

Я извещён(а), о вероятном течении заболевания в случае отказа от предложенного плана лечения.

Мне разъяснено, что во время медикаментозного лечения возможно развитие аллергических реакций.

Со мной обсуждены последствия отказа от обследования и лечения. Я олучил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне обследование и лечение.

Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения доверяю своему лечащему врачу.

Пациент Ф.И.О.: _____ (подпись пациента)

или законный представитель пациента _____ (Ф.И.О.),

_____ (реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы больного)

Лечащий врач / _____ / (подпись врача)
(Ф.И.О.)

« ____ » _____ 2020 г.