

Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство

Я, Ф.И.О. _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____ паспорт:

_____, выдан: _____ являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель,
опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

Ф.И.О. полностью и дата рождения ребенка или недееспособного гражданина – полностью)

« ____ » _____ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю свое информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

(указать вид медицинского вмешательства)

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

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от вышеуказанного медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне понятен смысл всех терминов. У меня была возможность задавать любые вопросы, на все вопросы мною получены исчерпывающие ответы.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

Дата оформления « ____ » _____ 2020г