Общество с ограниченной ответственностью «Медпраксис клиник» Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

добровольное согласие на медицинское вмешательство я		
(фамилия, имя, отчество – полностью)		
Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных		
граждан: Я, паспорт:, выдан:		
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,		
признанного недееспособным:		
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)		
-Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести в возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого); -Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии о назначениями врача, диагностических исследований, в том числе всех видов анализов, проведение рентгеновских, ульгразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: приек таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения булет мне разъяснена дополнительно; -Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения. -Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно приниматназначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудщении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств. -Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольно самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. -Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных о здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственныю препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемого) во время жизнедеятельности, обологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, обологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, обологической природы, воздействующих меня (представляемого) правдивые сведения (положения котор		
""		

примечание:

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

»20года.	Подпись пациента/законного представителя	X