

ГБУЗ НО «ДПТД»
Отделение _____

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____,
дата рождения: _____, являющийся законным представителем _____

в соответствии со ст.20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", даю свое согласие на медицинское вмешательство в виде любого обследования или иных действий, имеющих профилактическую, диагностическую или лечебную направленность, выполняемое врачом или другим медицинским работником ГБУЗ НО «ДПТД» (адрес: 606030, Нижегородская область, г. Дзержинск, ул. Попова, д. 16), на основании предоставленной в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Настоящее согласие дано мною на период моего обследования/лечения (обследования/лечения моего представляемого) в ГБУЗ НО «ДПТД».

Мне разъяснено, что я имею право в любой момент отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением следующих случаев: если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека; в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами; в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления); при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

Я способен (способна) понять разъяснения врача и могу расценивать свое состояние и степень риска предлагаемого медицинского вмешательства, а также осознавать последствия принятого мной решения

Обязуюсь добросовестно исполнять все рекомендации медицинского персонала.

«__» _____ 20__ г.

(подпись, расшифровка)

Заполняется в случае назначения препаратов вопреки инструкции по применению:

Настоящим даю свое согласие на прием препаратов: _____

вопреки инструкции по применению. Мне в доступной форме дана полная информация о препарате, инструкции по применению, причинах назначения препаратов, необходимости приема препаратов, побочных эффектах и последствиях приема препарата. Мне разъяснено, что я имею право в любой момент отказаться от приема данных препаратов либо потребовать замены данных препаратов на иные.

«__» _____ 20__ г.

(подпись, расшифровка)

Я свидетельствую, что мною разъяснены все вопросы, связанные с медицинским вмешательством и даны ответы на все вопросы.

«__» _____ 20__ г.
Врач _____
(подпись, расшифровка)

ГБУЗ НО «ДПТД»

Отделение _____

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____,
дата рождения: _____, являющийся законным представителем _____,

в соответствии со ст.20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации",
отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств: _____

выполняемых врачом или другим медицинским работником ГБУЗ НО «ДПТД» (адрес: 606030, Нижегородская область, г. Дзержинск, ул. Попова, д. 16), на основании предоставленной в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

Я способен (способна) понять разъяснения врача и могу расценивать свое состояние и степень риска отказа от медицинского вмешательства, а также осознавать последствия принятого мной решения.

« ____ » _____ 20__ г.
/ /

(подпись, расшифровка)

Заполняется в случае отказа от приема препаратов, назначаемых вопреки инструкции по применению:

Настоящим отказываюсь от приема препаратов: _____

назначаемых вопреки инструкции по применению. Мне в доступной форме дана полная информация о препарате, инструкции по применению, возможных последствиях отказа от приема препаратов, причинах назначения препаратов, необходимости приема препаратов, побочных эффектах и последствиях приема препарата. Мне разъяснено, что я имею право в любой момент дать согласие на прием данных препаратов.

« ____ » _____ 20__ г.
/ /

(подпись, расшифровка)

Я свидетельствую, что мною разъяснены все вопросы, связанные с медицинским вмешательством и даны ответы на все вопросы.

Врач _____
« ____ » _____ 20__ г.
/ /

(подпись, расшифровка)