

Я понимаю необходимость проведения вышеуказанного медицинского вмешательства и предупрежден(а) о возможных осложнениях, обусловленных биологическими особенностями организма, о последствиях и связанных с ними риском, включая, независимо от соблюдения применяемой технологии

В случае возникновения необходимости в проведении дополнительных вмешательства при развитии осложнений или неожиданно открывшихся медицинских обстоятельствах добровольно даю согласие на проведение мне (представляемому)

Мне разъяснено, что в случаях, когда состояние пациента не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения будет неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве, в интересах пациента (интересах представляемого) решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач. Я осознаю, что проводимое мне лечение (лечение представляемому), в том числе медицинское вмешательство, не гарантирует полного выздоровления, что для лучшего результата необходимо проходить медицинские обследования для контроля за моим состоянием здоровья (состояние здоровья, представляемого), в том числе после проведения медицинского вмешательства.

Против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрацию лица с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны не возражаю.

Я удостоверяю, что текст моего информационного добровольного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Подпись пациента (законного представителя) Расшифровка подписи

Настоящий документ оформлен мной \_\_\_\_\_ (лечащий врач) по результатам предварительного информирования пациента (законного представителя) о состоянии \_\_\_\_\_ здоровья \_\_\_\_\_ (здоровья \_\_\_\_\_ представляемого)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Если пациент, по каким-либо причинам, не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется двумя подписями сотрудников

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_ даю свое согласие на обработку персональных данных, в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» № 152 - ФЗ от 27.07.2006 г. ООО "ИнтерМед-Юг", ИНН:6164260538, г.Ростов-на-Дону, пер. Гвардейский, д.7

#### Информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, нижеподписавшийся(аяся), \_\_\_\_\_ настоящим подтверждаю, что в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме, проинформирован(а) о состоянии своего здоровья или здоровья \_\_\_\_\_ представляемого мной на основании: Паспорт серия \_\_\_\_\_ Выдан \_\_\_\_\_, а именно о нижеследующем: о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания

\_\_\_\_\_ (установленный и/или предварительный диагноз в соответствии с МКБ) о результатах лечения и обследований, проведенных до настоящего момента; о прогнозе и методах дальнейшего лечения заболевания, о необходимости и целесообразности применения в дальнейшем тех или иных лекарственных средств; о всех возможных вариантах медицинского вмешательства, альтернативных видах и методах лечения:

\_\_\_\_\_ (все возможные виды и методы лечения консервативное, оперативное и другие) о целях и формах, болезненности и длительности, предлагаемых вариантах медицинского вмешательства, о наличии показаний к проведению мне(представляемому), указанных выше видов и методов лечения; о возможных последствиях и осложнениях, о режимах моего поведения (поведения представляемого) до, вовремя и после лечения, об этапах лечения и о возникновении дополнительных вмешательств на том или ином этапе лечения, о действии применяемых медикаментов, об ожидаемых результатах, по каждому варианту медицинского вмешательства, указанному выше.

Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, подтверждаю, что мне понятны используемые термины, суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания, добровольно даю свое согласие ООО "ИнтерМед-Юг", ИНН:6164260538, г.Ростов-на-Дону, пер. Гвардейский, д.7 на проведение мне (представляемому) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование манипуляции, процедуры и других вмешательств)

На проведение мне (предоставляемому) вышеуказанного медицинского вмешательства согласен(на) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество, должность медицинского работника)