

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, _____, _____ года рождения, проживающий(ая) по адресу _____, поставлен (поставлена) в известность, что при оказании мне медицинских услуг в Общество с ограниченной ответственностью "ЦЕНТР МЕДИЦИНЫ ТРУДА"

Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении и обязуюсь их соблюдать;

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), диагностических процедур, манипуляций, консультативной помощи и лечения, соответствующих моему заболеванию, либо необходимого объема медицинских исследований при проведении предварительных и периодических медицинских осмотров и диспансеризации.

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о их последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что в любое время я имею право отказаться от медицинского вмешательства.

Необходимость других (дополнительных) методов обследования при их необходимости будет 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 поставил (поставила) в известность средний медицинский персонал, врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

Дата: _____

Пациент _____ / ФИО /

Медработник _____ / ФИО /