

**Информированное добровольное согласие  
(или отказ) на медицинское вмешательство**

Я \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)  
\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигнувшим 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 \_\_\_\_\_

В соответствии со статьями 19,20,54 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724)

- Даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при выборе врача и медицинской организации для получения специализированной медицинской помощи.

- Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данной медицинской организации, и обязуюсь их соблюдать;

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, с учетом характера патологии, тяжести состояния, планируемого вида медицинской помощи, диагностических исследований, общего анализа крови, анализа мочи общего, электрокардиографии и лечебных мероприятий; прием таблетированных препаратов, инъекций подкожных, внутримышечных, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения 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 извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении 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, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил (поставила) в известность 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, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я \_\_\_\_\_ согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками, логопедом, психологом с учетом сохранения врачебной тайны;

- 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;

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе (диагнозе ребенка), степени тяжести и характере моего заболевания (заболевания ребенка) моим родственникам, законным представителям, гражданам:

- Я имел (имела) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (получила) исчерпывающие ответы. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено врачом, оно полностью мне понятно, что я их удостоверяю своей подписью.

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Подпись пациента/  
законного представителя \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_  
(Должность, И.О.Фамилия) (подпись)

- Я **ОТКАЗЫВАЮСЬ** от предложенного мне (моему ребенку) медицинского вмешательства (требую его прекращения)

(указать какие именно)

Мне лечащим врачом в доступной форме разъяснены возможные последствия отказа от медицинского вмешательства (его прекращения), а именно отказ от предложенных методов обследования и лечения может привести к постановке ошибочного диагноза и неправильному лечению, прогрессированию заболевания, ухудшению качества жизни моего ребенка, (нужное подчеркнуть). Возможные последствия отказа мне полностью ясны и я снимаю ответственность с врача за их наступление. Я имел (имела) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено врачом, оно полностью мне понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

Подпись представителя  
несовершеннолетнего \_\_\_\_\_

собственноручно написанное ФИО пациента/законного представителя, дата, время

Подпись пациента старше 15 лет \_\_\_\_\_

В случае отказа законного представителя несовершеннолетнего пациента, пациента старше 15 лет подписать информационный отказ, факт отказа удостоверяется подписями медицинских работников.

Заведующий отделением \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Лечащий врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Другие лица \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_ час. \_\_\_\_ мин.

Дополнительная информация:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Консилиум врачей в составе:

Должность, ФИО, подпись \_\_\_\_\_

Должность, ФИО, подпись \_\_\_\_\_

Должность, ФИО, подпись \_\_\_\_\_

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.