



Приложение 2 к договору об оказании платных медицинских услуг

Информированное добровольное согласие

на проведение медицинского вмешательства повышенного риска **ребенку**
(В соответствии со статьями 19 (п. 5), 20, 22 Об основах охраны здоровья граждан в РФ)

Я, _____,

(родственные отношения, Ф. И. О. родителя или опекуна)

проинформирован(а) о необходимости проведения хирургического вмешательства моему ребенку

(Ф.И.О. несовершеннолетнего)

Я даю свое согласие на проведение моему ребенку хирургического вмешательства

В _____ **ООО "Цетр семейной медицины"**

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

Мне даны разъяснения, и я понимаю цель проведения хирургического вмешательства моему ребенку. Я получил(а) разъяснения о сущности вмешательства, прогнозах результатов, сроках восстановления, показаниях и противопоказаниях назначенного хирургического вмешательства. Мне разъяснен и понятен способ решения проблемы со здоровьем моего ребенка при данном виде хирургического вмешательства в соответствии с особенностями течения его заболевания. Я получил(а) информацию об альтернативных методах (хирургических и нехирургических) лечения заболевания моего ребенка и, соответственно, прогнозах развития заболевания (вероятность успешного исхода). Мне были объяснены возможные элементы риска и их последствия, связанные с проведением вмешательства. Я понимаю уникальность организма моего ребенка, состояния его здоровья и возможность проявления индивидуальной реакции организма во время хирургического вмешательства и в раннем послеоперационном периоде. Информацию о наличии сопутствующих заболеваний у моего ребенка, а также о болезнях и операциях, перенесенных им ранее, и возможных аллергических реакциях сообщил(а) лечащему врачу в полном объеме. Я получил(а) информацию о всех возможных исходах хирургического лечения моего ребенка. Я задал(а) все интересующие меня вопросы и получил(а) удовлетворяющие меня ответы. Мне понятны объяснения врача. Я внимательно ознакомился(ась) с документом и понимаю, что «Информированное добровольное согласие» является юридическим документом и влечет для меня моего ребенка правовые последствия. Полученная от лечащего врача информация мне понятна и достаточна для принятия решения, которое является свободным актом моего волеизъявления. Я пользуюсь своим правом на информированное добровольное согласие на проведение моему ребенку назначенного хирургического вмешательства.

(подпись)

(Ф. И. О. родителя или опекуна)

(подпись)

(Ф. И. О. медицинского работника)