



Приложение 2 к договору об оказании платных медицинских услуг

Информированное добровольное согласие

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

Я, _____,
(Ф. И. О. гражданина)

« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина)

Я даю свое согласие на проведение хирургического вмешательства

в _____
ООО "Цетр семейной медицины"
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

Мне даны разъяснения, и я понимаю цель проведения хирургического вмешательства. Я получил(а) разъяснения о сущности вмешательства, прогнозах результатов, сроках восстановления, показаниях и противопоказаниях назначенного хирургического вмешательства. Мне разъяснен и понятен способ решения моей проблемы со здоровьем при данном виде хирургического вмешательства в соответствии с особенностями течения моего заболевания. Я получил(а) информацию об альтернативных методах (хирургических и нехирургических) лечения моего заболевания и, соответственно, прогнозах развития заболевания (вероятность успешного исхода). Мне были объяснены возможные элементы риска и их последствия, связанные с проведением вмешательства. Я понимаю уникальность моего собственного организма, состояния здоровья и возможность проявления индивидуальной реакции организма во время хирургического вмешательства и в раннем послеоперационном периоде. Информацию о наличии у меня сопутствующих заболеваний, а также о болезнях и операциях, перенесенных мною ранее, и возможных аллергических реакциях я сообщил(а) лечащему врачу в полном объеме. Я получил(а) информацию о всех возможных исходах хирургического лечения. 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 правовые последствия. Полученная от лечащего врача информация мне понятна и достаточна для принятия решения, которое является свободным актом моего волеизъявления.

Сведения о выбранных мною лицах, которым (в соответствии с ФЗ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации") может быть передана информация о состоянии моего здоровья

(Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(Ф. И. О. гражданина)

(подпись)

(Ф. И. О. медицинского работника)