

ИНФОРМАЦИОННОЕ СОГЛАСИЕ НА ВЫПОЛНЕНИЕ ИНВАЗИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ОПЕРАЦИИ

Санкт-Петербург

" _____ " _____ 200__ г.

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 30, 31, 32, 33 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-1.

1. Мне, _____
фамилия, имя, отчество пациента или его законного представителя

_____ разъяснены состояние моего здоровья и характер необходимых диагностических и лечебных мероприятий.

2. Настоящим я доверяю Врачу _____
(в дальнейшем Врач) и его коллегам выполнить следующие инвазивные исследования, вмешательства, операции: _____

3. Содержание указанных выше медицинских действий, связанных с ними риск, возможные осложнения и последствия, включая нетрудоспособность и смерть, мне известны. Я хорошо понял(а) все разъяснения Врача.

4. Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий может возникнуть необходимость исполнения другого вмешательства, исследования или операции, не указанных в п. 2. Я доверяю Врачу и его ассистентам принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением, и выполнить любые медицинские действия, которые Врач сочтет необходимыми для улучшения моего состояния.

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

5. Я согласен(а) на переливание донорской крови и ее компонентов в ходе операции или в послеоперационном периоде, если возникнет такая необходимость.

6. Я разрешаю моему Врачу делать фотографии и видеозаписи, связанные с моим лечебным процессом и использовать их для научных и образовательных целей.

Подпись пациента _____

Если пациент не может подписать документ вследствие тяжести своего физического состояния или является несовершеннолетним:

Подпись законного представителя пациента (ближайшего родственника)

_____ *фамилия, имя, отчество*

Подпись врача _____ *фамилия, имя, отчество*

От проведения указанных в п. 2: _____

_____ отказываюсь, что и удостоверяю своей подписью. Мне разъяснены возможные последствия отказа от

_____ а именно: поздняя и неправильная диагностика заболевания, нетрудоспособность, смерть.

Подпись пациента (или его законного представителя)

_____ *фамилия, имя, отчество*

Подпись врача _____ *фамилия, имя, отчество*