

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____, _____ года рождения,

(фамилия, имя, отчество полностью)

проживающий (ая) по адресу _____,

паспорт серия _____ № _____ выдан _____,

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

ребенка _____ года

(Фамилия, имя, отчество полностью, дата рождения)

рождения, поставлен в известность, что представляемый поступил(а) на лечение/оздоровление в «ДОЦ «Кубанская нива» ООО «Лечебно-оздоровительный комплекс «Витязь».

- Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, и возможных осложнениях санаторно-курортного лечения для здоровья представляемого и даю свое согласие на оказание первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по : медицинскому массажу, физиотерапии;

- Я ознакомлен (а) с распорядком и правилами лечебно-оздоровительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении и обязуюсь обеспечить их соблюдение представляемым;

- Добровольно даю свое согласие: в соответствии с назначениями врача, экстренных лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, услуг по медицинскому массажу, физиотерапии, природных физических факторов. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

- Я информирован (а) о целях/характере и благоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит представляемому делать во время их проведения;

- Я извещен (а) о том, что 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 (а) 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 (а) в известность врача (в разделе дополнительная информация) обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных представляемым и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на представляемого во время проживания, о принимаемых лекарственных средствах.

- Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств представляемым;

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

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о диагнозе, степени тяжести и характере заболевания представляемого родственникам, законным представителям, гражданам: _____

- Разрешаю посещение в лечебном учреждении представляемого ребенка следующим гражданам:

Примечание: Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Дополнительная информация: _____

«__» _____ 20__ года.

Подпись пациента/законного представителя _____