

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

г. Москва

ДД.ММ.ГГГГ

1. Я _____
' ____ ' _____ года рождения
до подписания нижеизложенного документа проинформирован(а) лечащим врачом о
возможных методах и вариантах обследования и лечения, о необходимости проведения
медицинского вмешательства.
2. Я проинформирован(а) о последствиях отказа от предлагаемой операции.
Операция: _____

- Анестезия: _____
3. Я поставлен(а) в известность о необходимости проведения гистологического исследования для
своевременной диагностики заболевания и определения тактики лечения, при наличии
показаний.
4. Я согласен(согласна) на предложенную мне анестезию, назначенную операцию.
5. Я предупрежден(а) о возможных аллергических реакциях.
6. Мне разъяснены характер и частота наиболее серьезных осложнений, которые могут
возникнуть при проведении операции.
7. Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения и имел(а) возможность задать
любые интересующие вопросы касательно заболевания и лечения, получил(а) на них
исчерпывающие ответы.
8. Я знаю, что в целях максимальной эффективности проводимого лечения, я обязан(а) поставить
в известность врача о всех проблемах, связанных с моим здоровьем, наследственностью,
индивидуальной непереносимостью лекарственных препаратов и продуктов питания,
злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами в настоящее время и в
прошлом.
9. Все медицинские термины мне разъяснены и понятны.
10. В случае возникновения непредвиденных ситуаций, осложнений в ходе медицинского
вмешательства, я согласен(согласна) на применение тех мероприятий, которые, по мнению
врача, целесообразны в таком случае.
11. Моя подпись удостоверяет согласие на проведение вышеуказанной операции.

(подпись пациента)

(подпись врача)

(расшифровка подписи)