

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры
«СУРГУТСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»

**Информированное добровольное согласие пациента на предоставление информации о
состоянии его здоровья**

« ____ » _____ 20 ____ г., « ____ » часов « ____ » минут

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны
здоровья граждан в Российской Федерации»

Приложение к _____ № _____
(наименование и номер медицинской документации)

Я, _____
(Ф.И.О. пациента - полностью)

19__ года рождения, проживающая(ий) по адресу: _____

Уважаемый пациент, Вам предстоит пройти обследование и лечение в бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский клинический перинатальный центр».

В нашем учреждении Вам будут предложены современные методы обследования необходимые для оценки Вашего здоровья и выявления имеющихся заболеваний. Вся информацию, касающуюся результатов обследования, характера Вашего заболевания, возможных вариантов и результата лечения Вы сможете получить у своего лечащего врача, заведующего отделением или специалиста который Вас обследовал.

В ряде случаев необходимые для вас исследования, процедуры и манипуляции носят инвазивный характер и могут вызвать развитие неприятных ощущений, побочных эффектов и осложнений. Все диагностические и лечебные мероприятия необходимые Вам будут осуществляться только с вашего добровольного согласия. Вся необходимая информация для принятия Вами добровольного согласия будет предоставлена лечащим врачом.

Вы имеете право отказаться по своим соображениям от той или иной диагностической или лечебной процедуры. Ваш письменный отказ должен быть соответствующим образом оформлен в медицинской документации. Он не будет иметь административных последствий, однако может повлиять на правильность определения заболевания, или явится причиной снижения эффективности лечения.

Надеемся, что представленная информация заложит основу нашего дальнейшего взаимопонимания и тесного сотрудничества.

Просим Вас указать, кому из близких Вам людей может быть предоставлена информация о состоянии Вашего здоровья и определить объем данной информации.

Мне было предоставлено достаточно времени для ознакомления с данным документом, обдумывания информации и принятия решения;

Я прочитала (прочитал) и поняла (понял) все вышеизложенное и удовлетворена (удовлетворен) ответами на все мои вопросы, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о подписании информированного добровольного согласия пациента на предоставление информации о состоянии его здоровья.

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Коллектив бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» желает Вам успешного лечения и скорейшего выздоровления, успешного родоразрешения.

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача

Примечание:

Согласие (отказ) на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием фамилии, имени, отчества, 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.

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача и законных представителей.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация:

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача

Консилиум врачей в составе:

(должность)

(Ф.И.О., печать врача)

(подпись)

(должность)

(Ф.И.О., печать врача)

(подпись)

(должность)

(Ф.И.О., печать врача)

(подпись)

дата