

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры
«Окружной кардиологический диспансер
«Центр диагностики и сердечно – сосудистой хирургии»

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ИНВАЗИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА.

В соответствии со статьями 18, 19, 20, 22 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения,
проживающий (ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, паспорт: _____, выдан: _____, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

Добровольно даю свое согласие на:

№ п/п	Вид медицинского вмешательства/исследования

Врачом **V** _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии))

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, указанных в настоящем Согласии, или потребовать его (их) прекращения.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, присутствующие при беседе лечащего врача и пациента врачи удостоверяют согласие пациента с предложенным ему общим планом обследования и лечения:

« ____ » _____ 20 ____ года (дата оформления)	_____ (подпись лечащего врача)	_____ (Ф.И.О. лечащего врача)
« ____ » _____ 20 ____ года (дата оформления)	_____ (подпись врача)	_____ (фамилия, имя, отчество врача, должность)
« ____ » _____ 20 ____ года (дата оформления)	_____ (подпись врача)	_____ (фамилия, имя, отчество врача, должность)