

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
 Дата рождения _____
 Проживающий по адресу: _____
 На лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан заполняется законным представителем (мать, отец, опекун, усыновитель, попечитель)

Я, _____ (Ф.И.О. полностью)
 Паспорт № _____, выданный _____
 являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным (мать, отец, опекун, усыновитель, попечитель)

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина, год рождения)

- Я ознакомлен(а) с распорядком работы и правилами обслуживания в ГБУ Республики Марий Эл «Врачебно-физкультурный диспансер» и обязуюсь их соблюдать;
 - Мне даны полные и всесторонние разъяснения о состоянии моего (лица, мною представляемого) здоровья или при наличии заболевания о его характере, степени тяжести и возможных осложнениях;
 - Добровольно даю свое согласие на проведение опроса, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию, вагинальное исследование (для женщин), ректальные исследования, антропометрические исследования, термометрию, тонометрию, неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций, исследование нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций, лабораторные методы исследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, серологические, иммунологические, вирусологические (в том числе исследование на COVID-19), функциональные методы исследования, в том числе ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование ЭКГ, спирографию, пневмотахиметрию, пикфлоуметрию, рэоэнцефалографию, электроэнцефалографию, кардиотокографию; рентгенологические методы исследования, в том числе флюорографию (для лиц старше 15 лет) и рентгенографию, компьютерную томографию, магниторезонансную томографию, ультразвуковые исследования и доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно; медицинский массаж, лечебную физкультуру и другие методы исследования, необходимые для углубленного медицинского осмотра. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснено дополнительно;
 - Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности, непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (лицу, мной представляемому) делать во время их проведения;
 - Я извещен(а) о том, что мне (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 обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною(представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня(представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.
 - Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических, токсических и допинговых средств;
 - Я ознакомлен(а) и согласен(согласна) со всеми пунктами документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;
 - Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, тренеру.
- Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно.

Дата: _____ Подпись: _____ / _____ /

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

образец

Я, _____
 Дата рождения _____
 Проживающий по адресу: _____
 На лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан заполняется законным представителем (мать, отец, опекун, усыновитель, попечитель)

Я, Иванова Ирина Игоревна (Ф.И.О. полностью)
 Паспорт № 8801 234567, выданный МВД по Республике Марий Эл 11.11.2022
 являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным (мать, отец, опекун, усыновитель, попечитель)

Иванова Иван Ивановича, 02.02.2019
 (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина, год рождения)

- Я ознакомлен(а) с распорядком работы и правилами обслуживания в ГБУ Республики Марий Эл «Врачебно-физкультурный диспансер» и обязуюсь их соблюдать;
 - Мне даны полные и всесторонние разъяснения о состоянии моего (лица, мною представляемого) здоровья или при наличии заболевания о его характере, степени тяжести и возможных осложнениях;
 - Добровольно даю свое согласие на проведение опроса, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию, вагинальное исследование (для женщин), ректальные исследования, антропометрические исследования, термометрию, тонометрию, неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций, исследование нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций, лабораторные методы исследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, серологические, иммунологические, вирусологические (в том числе исследование на COVID-19), функциональные методы исследования, в том числе ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование ЭКГ, спирографию, пневмотахиметрию, пикфлоуметрию, рэоэнцефалографию, электроэнцефалографию, кардиотокографию; рентгенологические методы исследования, в том числе флюорографию (для лиц старше 15 лет) и рентгенографию, компьютерную томографию, магниторезонансную томографию, ультразвуковые исследования и доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно; медицинский массаж, лечебную физкультуру и другие методы исследования, необходимые для углубленного медицинского осмотра. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснено дополнительно;
 - Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности, непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (лицу, мной представляемому) делать во время их проведения;
 - Я извещен(а) о том, что мне (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 обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною(представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня(представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.
 - Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических, токсических и допинговых средств;
 - Я ознакомлен(а) и согласен(согласна) со всеми пунктами документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;
 - Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, тренеру.
- Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно.

Дата: 12.02.2024 Подпись: Состись Иванова И.И.