

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, {{ Законный представитель.ФИО }} , являющийся законным представителем Пациента {{ Пациент.ФИО }} , проживающий(-ая) по адресу {{ Пациент.Короткий адрес }} , {{ Пациент.Тип документа }} {{ Пациент.Серия }} {{ Пациент.Номер }} , выдан {{ Пациент.Кем выдан }} ,

информирован(а) о своем основном и сопутствующих заболеваниях, вариантах их течения и прогнозе.

Я информирован(а) о взаимном влиянии патологических процессов прогнозе для здоровья и жизни и вероятном изменении качества жизни ни в случае отказа от предлагаемого медицинского вмешательства или комплекса лечения.

Я информирован(а) о возможных вариантах обследования, лечения, реабилитации (далее медицинского вмешательства) основного заболевания с учетом мировой практики;

Я информирован(а) о возможных вариантах медицинских вмешательств с учетом сопутствующих заболеваний и возрастных изменений организма;

Я информирован(а) о возможных вариантах медицинских вмешательств применимых в условиях конкретной медицинской организации, с учетом материально-технической базы и медикаментозного обеспечения, а также квалификации работающих специалистов и наличия разрешительных документов;

Я информирован(а) о показаниях к применению предлагаемого медицинского вмешательства как оптимального в реальных условиях;

Я информирован(а) о сути, этапах проведения предлагаемого медицинского вмешательства и срочности показанного медицинского вмешательства;

Я информирован(а) о вероятных осложнениях, которые могут, появиться во время или сразу после медицинского вмешательства;

Я информирован(а) об ожидаемом эффекте от медицинского вмешательства, возможном отсутствии положительного эффекта или ухудшении состояния и вероятном изменении качества жизни;

Я информирован(а) о своей ответственности за предоставление не-полной, искаженной или ложной информации о состоянии ребёнка, реакциях организма, перенесенных заболеваниях, травмах и других фактах, способных повлиять на результаты выполнения медицинского вмешательства;

Я информирован(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья ребенка;

Я информирован(а), что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право отказаться от медицинского вмешательства;

Я даю информированное добровольное согласие на предложенное моему ребенку медицинское вмешательство в {{ Клиника.Наименование }}

Подпись _____ / {{ Законный представитель.ФИО }}

Дата оформления информированного добровольного согласия. {{ Документ.Дата }}