

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____,

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 в случае отказа от предлагаемого медицинского вмешательства либо 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 моего организма;

Я информирован(а) о возможных вариантах медицинских вмешательств, применимых в условиях конкретного медицинского учреждения, 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 для меня 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 развиваться во время или сразу после медицинского вмешательства;

Я информирован(а) о необходимости изменения плана медицинского вмешательства при возникновении непредвиденных обстоятельств во время выполнения вмешательства, в случае, если в этот момент я буду не в состоянии выразить свою волю;

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 неполной, искаженной или ложной информации о своем состоянии, 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 моего здоровья.

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

Я даю информированное добровольное согласие на предложенное мне медицинское вмешательство в медицинском центре ООО «ДОКА»

Подпись

(Дата оформления информированного добровольного согласия)

(Подпись представителя ООО «ДОКА»)