**ООО МЦ «Виталонг – Клиника Холода»**

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.р.

(Ф.И.О. полностью, дата рождения)

 «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 (далее - Пациент):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 В соответствии с «Основами законодательства Российской федерации об охране здоровья граждан», статьей 32 «Согласие на медицинское вмешательство», поставлен (поставлена) в известность, что я (представляемый) нахожусь на амбулаторном приеме в ООО МЦ «Виталонг – Клиника Холода». Лечащим врачом мне, согласно моей воле, представлена подробная информация о состоянии моего (пациента) здоровья: о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего (пациента) заболевания.
 Добровольно даю свое согласие на проведение мне (пациенту), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований и лечебных мероприятий (в том числе физиотерапевтических процедур), необходимых для постановки правильного диагноза и назначения адекватного лечения. Я информирован(а) о целях, характере и возможных неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (пациенту) делать во время их проведения.
 Я извещен(а) о том, что услуги медицинской помощи ,за которыми я (пациент) обратился(ась), могу получить бесплатно на территории амбулаторно-поликлинического комплекса по месту жительства, если они входят в программы ОМС или государственных гарантий.
 Я извещен(а) о том, что мне (пациенту) необходимо следовать назначенному лечению, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых непрописанных методов лечения и препаратов, предупреждена и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдения лечебно- оздоровительного 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 постав ил (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 (пациентом) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (пациента) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
 Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положении которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

**«\_\_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017 г.** **Пациент (законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 От предложенного мне (пациенту) медицинского вмешательства отказываюсь (требую его прекращения). Мне лечащим врачом в доступной форме разъяснены возможные последствия отказа от медицинского вмешательства (его прекращении) а именно: возникновения вреда здоровью, ухудшения качества жизни, нетрудоспособность, смерть (нужное подчеркнуть).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(собственноручно написанные Ф.И.О. и подпись пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. и подпись лечащего врача)

« » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017 г. Пациент (законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациент (законный представитель) расписался в моем присутствии:

**Лечащий врач:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)