

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ЛЕЧЕБНУЮ (ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ)  
МАНИПУЛЯЦИЮ (ПРОЦЕДУРУ)**

Я, \_\_\_\_\_

*ФИО пациента полностью*

Находясь на лечении в медицинском центре ООО «САНАТОРИЙ МОРСКАЯ ЗВЕЗДА», уполномочиваю врачей

\_\_\_\_\_

*ФИО должность врача полностью*

Подробно и в доступной форме проинформирован(а), лечащим врачом о состоянии моего здоровья. Включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения (медикаментозного, операционного, анестезиологического) связанные с ним риске, а также последствиях отказа от медицинской помощи.

Я обязуюсь поставить врачей в известность обо всех известных мне и моих заболеваний, аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, перенесенных заболеваниях и операциях, а также о злоупотреблении алкогольными, наркотическими или токсическими препаратами.

Я ознакомлен(а) с лечебно-охранительным режимом в медицинском центре о добровольно обязуюсь соблюдать его, понимая, что это способствует эффективности лечения.

Выражаю свое добровольное согласие на:

- Проведение необходимых диагностических, лечебных и иных манипуляций;
- Использование необходимых препаратов и лекарственных средств назначенных лечащим врачом;
- Использование по показаниям различных методов местного и общего обезболивания.

Лечащим врачом мне разъяснено и понятно действие препаратов и лекарственных средств, которые могут быть использованы в процессе лечения, а также вероятные осложнения при лечебно-диагностических мероприятиях и вмешательствах.

Я добровольно принимаю на себя обязанность следовать предписаниям моего лечащего врача, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием других не назначенных препаратов.

Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а так же в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Я информирован(а) об альтернативных методах лечения, их возможных результатах и побочных эффектах и получил(а) возможность обсудить в врачом интересующие меня вопросы.

Возражения не имею \_\_\_\_\_

Отказываюсь по следующим причинам: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ФИО пациента \_\_\_\_\_

Подпись с расшифровкой \_\_\_\_\_

Лечащий врач \_\_\_\_\_

*ФИО должность полностью.*