**Государственное учреждение здравоохранения**

**«Областной врачебно-физкультурный диспансер»**

**Информационное добровольное согласие**

**на медицинское вмешательство**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество пациента или законного представителя)

представитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, год рождения пациента)

проживающий по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

В соответствии со cт.20 ФЗ РФ № 323 от 21.11.2011г. «Основы охраны граждан в Российской Федерации» поставлен(-а) в известность, что я (мой ребёнок) получаю(-ет) лечебно-профилактическую помощь в ГУЗ «Областной врачебно-физкультурный диспансер».

*-*Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о состоянии моего здоровья (моего ребенка), характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания;

-Я ознакомлен(-на) с распорядком и правилами внутреннего трудового распорядка ГУЗ ОВФД и обязуюсь их соблюдать;

-Добровольно даю свое согласие на проведение мне (моему ребёнку), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований, а также физиотерапевтических процедур и др. манипуляций, в том объеме, который определит лечащий врач. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

-Я информирован(-на) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (моему ребёнку) делать во время их проведения;

-Я извещен(-на) о том, что мне (моему ребёнку) 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 рекомендаций медицинских работников, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил(-а) в известность лечащего врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (моим ребёнком) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (моего ребёнка) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(-ла) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я ознакомлен(-а) и согласен(-а) со всеми пунктами настоящего 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 (моего ребенка), степени и характере моего заболевания (моего ребенка) моим родственникам, законным представителям, гражданам, тренеру

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

(фамилия, имя, отчество – полностью)

|  |  |
| --- | --- |
| «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_года | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись пациента/законного представителя |

**ПРИМЕЧАНИЕ:**

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствтях и результатах проведенного лечения.