Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство

Я, ____,

находящийся на лечении в ООО «Да Винчи», настоящим даю добровольное согласие на проведение мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, лечебных и диагностических мероприятий.

Мне представлена в понятном для меня виде информация относительно моего заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, возможных осложнениях.

Я понял(а) цель и характер предстоящего медицинского вмешательства. У меня нет оснований не доверять или сомневаться в квалификации врачей, выполняющих медицинское вмешательство.

В случае возникновения непредвиденных ситуаций, осложнений в ходе медицинского вмешательства, я согласен на применение тех мероприятий, которые целесообразны в таком случае, по мнению лечащего врача.

Я предупрежден(а) о целях, характере диагностических и лечебных процедур и о том, что мне необходимо своевременно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщить врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом приём любых, не назначенных им, препаратов и процедур.

Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение рекомендаций врача, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я прочитал(а) текст информированного добровольного согласия пациента и понял(а) его.

Дата ___________ Подпись пациента ________________________

Подпись лечащего врача __________________________

Оборот