**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВЫПОЛНЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ОБСЛЕДОВАНИЙ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ)**

(В соответствии со ст.20, 22 Федерального закона РФ от 21 ноября 2011 года N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»)

1. Я, нижеподписавшийся (-аяся)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. пациента / законного представителя (родителей, усыновителей, опекунов)

настоящим подтверждаю, что согласно моей воле, находясь на лечении в медицинском центре ООО «Центр Семейной Медицины», в доступной для меня форме, проинформирован(а) о состоянии:

а) моего здоровья б) здоровья \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. несовершеннолетнего до 18 лет/недееспособного)

представляемого мной на основании:

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

 (наименование и реквизиты правоустанавливающего документа, кем, когда выдан)

а именно, о нижеследующем:

* 1. О наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося заболевания, о результатах лечения и обследований;
	2. О прогнозе и методах дальнейшего лечения заболевания, о необходимости и целесообразности применения в дальнейшем тех или иных лекарственных средств;
	3. Обо всех возможных вариантах медицинского вмешательства, альтернативных видах и методах лечения.
	4. О возможных последствиях и осложнениях, о режимах моего поведения (поведения представляемого) до, во время и после лечения, об этапах лечения и о возникновении дополнительных вмешательств на том или ином этапе лечения, о действии применяемых медикаментов, об ожидаемых результатах по каждому возможному варианту медицинского вмешательства;
1. Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, подтверждаю, что мне понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания.

2.1 Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому мной) следующих медицинских мероприятий:

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

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

(наименование манипуляции, операции процедуры и др.)

2.2 На проведение мне (представляемому мной) медицинского вмешательства, указанного в п.2.1, уполномочиваю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., должность специалиста)

2.3 Я заявляю, что изложил(-а) врачу все известные мне данные о состоянии моего здоровья и понимаю необходимость проведения указанного в п. 2.1 медицинского вмешательства и предупрежден(-а) о возможных осложнениях, обусловленных биологическими особенностями организма, о последствиях и рисках планируемого вмешательства;

2.4 Мне известно, что во время лечения могут быть выявлены заболевания, которые потребуют изменения объема медицинского вмешательства и добровольно даю согласие на проведение мне (представляемому мной) дополнительных медицинских вмешательств, направленных на устранение неблагоприятных последствий;

2.5 Я осознаю, что проводимое мне лечение (лечение представляемому мной), не гарантирует 100%-ного выздоровления, что для лучшего результата необходимо проходить медицинские обследования для контроля за состоянием моего здоровья (состоянием здоровья представляемого) и выполнять рекомендации врача.

2.6 Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство прочитан мною полностью, мне понятно значение данного документа, мое решение является свободным и добровольным и представляет собой **информированное согласие на медицинское вмешательство.**

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись / расшифровка подписи пациента или его законного представителя)

Настоящий документ оформлен по результатам предварительного информирования пациента (законного представителя) о состоянии его здоровья (здоровья представляемого).

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись / расшифровка подписи лечащего врача)