

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в санатории «Обуховский».

Я _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших
возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель,
опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного
недееспособным: _____

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина -
_____ полностью, год рождения _____

Моим лечащим врачом _____ я ознакомлен(а) с распорядком и
правилами санаторно-курортного режима, установленного в санатории, и обязуюсь
их соблюдать, ознакомлен с общим планом обследования и санаторно-
курортного, медикаментозного лечения.

Подбор и осуществление лечения физическими, природными факторами, медикаментозными
препаратами и другими видами лечения и обследования доверяю своему лечащему
врачу (врачу представляемому).

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии
с назначениями моего (его) лечащего врача или врача-консультанта, любых
диагностических исследований, лечебно-профилактических, физиотерапевтических,
бальнеологических, стоматологических, косметологических и других
процедур отпускаемых в санатории, прием таблетированных препаратов, инъекций,
внутривенных вливаний.

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

-Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно
принимать назначенные процедуры, препараты и другие методы лечения, немедленно
сообщать врачу о любом ухудшении моего (представляемого) самочувствия,
согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств и процедур;

-Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение санаторно-
курортного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема
препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования,
бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения
и отрицательно сказаться на состоянии моего (представляемого) здоровья;

-Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со
здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной
непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною
(представляемым) операциях, заболеваниях, (представляемого) во время
жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

Я сообщил (сообщила) 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 меня (представляемого)
в предложенном объеме;

"__" _____ 20__ года.

Подпись пациента/законного
представителя _____

Врач _____ (подпись)
Ф. И. О.