

Информированное согласие пациента на лечение

Я (Ф.И.О.) _____

_____ г.р., проживающий (ая) по адресу _____

_____ информирован (а)

о сущности необходимой для моего здоровья манипуляции (обезболивания, метода лечения, диагностики).

Меня подробно информировали об особенностях манипуляций, метода лечения, предупредили о возможных осложнениях и исходах. Меня информировали о мерах профилактики осложнений, что будут приняты все необходимые меры предосторожности, которые заключаются во внимательном наблюдении за моим состоянием, а манипуляцию будут проводить подготовленные специалисты.

Врачи имеют право в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи.

Я понял(а) выше изложенное, врач ответил на все мои вопросы.

Даю добровольное информированное согласие на проведение манипуляций (обезболивания, метода лечения, диагностики).

Лечащий врач (подпись) _____

Расписался в моем присутствии _____

Подпись пациента _____

Дата _____

Информированное согласие пациента на лечение

Я (Ф.И.О.) _____

_____ г.р., проживающий (ая) по адресу _____

_____ информирован (а)

о сущности необходимой для моего здоровья манипуляции (обезболивания, метода лечения, диагностики).

Меня подробно информировали об особенностях манипуляций, метода лечения, предупредили о возможных осложнениях и исходах. Меня информировали о мерах профилактики осложнений, что будут приняты все необходимые меры предосторожности, которые заключаются во внимательном наблюдении за моим состоянием, а манипуляцию будут проводить подготовленные специалисты.

Врачи имеют право в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи.

Я понял(а) выше изложенное, врач ответил на все мои вопросы.

Даю добровольное информированное согласие на проведение манипуляций (обезболивания, метода лечения, диагностики).

Лечащий врач (подпись) _____

Расписался в моем присутствии _____

Подпись пациента _____

Дата _____