

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

(фамилия, имя, отчество – полностью)

года рождения, проживающий(ая) по адресу

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, паспорт _____ выдан _____

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

(фамилия, имя, отчество – полностью, год рождения)

Поставлен (на) в известность, что я (представляемый) зачислен(на) в учреждение ОГАУСО «Сосновый бор» в р.п.Вешкайма

- Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнений моего заболевания (здоровья представляемого);

Я ознакомлен(на) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном учреждении социального обслуживания и обязуюсь их соблюдать;

- Добровольно даю своё согласие на: участие в групповых и индивидуальных занятиях по программам ЛФК; на выполнение процедур, связанных с сохранением здоровья (измерение температуры тела, артериального давления, контроль за приёмом лекарств);

- На участие в оздоровительных мероприятиях;

- На посещение массажа по направлению врача и приём кислородного коктейля по направлению врача;

- На участие в занятиях физкультурой и спортом;

- В прогулках на свежем воздухе, в водных процедурах и закаливании (воздушные ванны).

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 (представляемому) делать во время их проведения;

- Я извещён(на) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом приём любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден(на) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендации медицинских работников, режима приёма препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил(ла) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесённых мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) 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(на) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого разъяснены, мною поняты, и добровольно даю своё согласие на обследование и лечение в предложенном объёме;

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам: _____

Разрешаю посещение в лечебном учреждении представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным, следующим гражданам: _____

«____» _____ 20____ года. Подпись пациента/законного представителя

Расписался в моём присутствии:

Врач: _____ (ФИО) подпись _____