

Форма информированного добровольного согласия

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
(в соответствии со статьей 20 ФЗ №2 323-ФЗ от 21 ноября 2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и статей 4, 6, 11 и 23 Закона РФ от 02.07.1992 N 3185 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»).

я.гр. _____
(фамилия, имя, отчество - пааностью пациента, законного предДставителя)

Зарегистрированный по адресу:

Добровольно даю свое согласие на медицинское вмешательство (первичную специализированную медикосанитарную помощь в амбулаторных условиях по психиатрии) в _____
(наименование медицинской организации)

Добровольно даю свое согласие на проведение мне обязательного психиатрического освидетельствование в Государственном казенном учреждении здравоохранения Ленинградской области «Тихвинская психиатрическая больница» (ГКУЗ ЛО «ТПБ»)

(наименование медицинской организации)
Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинской) работника)

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я ктею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в российской Федерации»

Я поставил(а) 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) 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(а) правдивые сведения о наследственности.

Я согласен(а) на осмотр другими медицинскими работниками с учетом сохранения врачебной тайны.

Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены. мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 ч.3 ст. 19 Федерального закона № 323ФЗ от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии доверителя, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) :

(ФИО гражданина, контактный телефон)

(подпись) (ФИО гражданина или законного представителя) (Дата оформления)

(подпись) (ФИО медицинского работника) (Дата оформления)