ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

107076, Москва, Ул. Короленко, д.3, стр. 6. Тел. +7(499)785-20-40

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Медицинская карта амбулаторного больного №

Я, **,** в доступной мне форме получил(а) предварительную информацию о состоянии моего здоровья (моего ребенка). Мне даны полные разъяснения по плану предлагаемого и альтернативного методов обследования. Я предупрежден, что отказ (в том числе частичный) от предложенного плана обследования не позволяет оказать качественную медицинскую помощь в полном объеме. Мне гарантировано сохранение в тайне информации о факте моего обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и других сведений, полученных при обследовании. Я имел(а) возможность задать любые интересующие вопросы касательно заболевания и обследования.

С предложенным планом обследования согласен (согласна).
От предложенного плана обследования отказался (отказалась).

«___» _____ 202 г. _____
(подпись пациента или его законного представителя)

_____
(подпись и печать лечащего врача)

* * *

Я, , в доступной мне форме получил(а) информацию о состоянии моего здоровья (моего ребенка), включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе и возможные варианты прогноза течения заболевания (вероятность успешного исхода, исхода при отказе от лечения и вероятность отсутствия эффекта от проводимого лечения).
Мне разъяснено, что для качественного оказания медицинской помощи может быть использовано фотодокументирование пораженного участка кожного покрова на условиях конфиденциальности.
Мне даны полные разъяснения: по плану предлагаемого лечения (разъяснены возможные варианты медицинского вмешательства, связанные с ним риски и их последствия); по поводу альтернативных методов лечения.
Я извещен(а) о необходимости немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых непрописанных препаратов по поводу иных заболеваний.
Я извещен(а) о том, что несоблюдение рекомендаций врачей, режима приема лекарственных препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.
Мне разъяснено, что в случае заражения другого лица венерической болезнью я несу ответственность в соответствии со ст. 121 Уголовного кодекса Российской Федерации.
Я имел(а) возможность задать любые интересующие вопросы касательно заболевания и лечения, получил(а) возможность задать любые интересующие вопросы касательно заболевания и лечения, получил(а) на них удовлетворительные ответы.

С предложенным планом лечения согласен (согласна).
От предложенного плана лечения отказался (отказалась).

«___» _____ 202 г. _____
(подпись пациента или его законного представителя)

_____
(подпись и печать лечащего врача)