

СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Бланк №1 (заполняется и вклеивается в историю болезни (амбулаторную карту) до начала лечения)

Я, _____, получил подробное разъяснение по поводу диагноза, особенностей течения моего заболевания, вероятной длительности лечения и по прогнозу (вероятность успешного исхода и исхода при отказе от лечения).

Мне даны полные разъяснения по плану обследования и лечения (разъяснены возможные варианты медицинского вмешательства, включая физиотерапевтическое лечение, связанные с ним риски и их последствия).

Я извещен о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, получать рекомендованные процедуры, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых непрописанных препаратов (например, для лечения простуды, гриппа, головной боли и т.п.).

Я извещен, что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препаратов, в том числе отказ от назначенного лечения, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я получил информацию об альтернативных методах лечения и имел возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся заболевания и лечения, получил на них удовлетворительные ответы.

С предложенным планом обследования и лечения согласен.

(дата)

(подпись пациента или его законного
представителя)

(печать и подпись лечащего врача)