

Наименование медицинской организации  
ООО <<ЛАВ-клиника>>  
г. Тверь ул. Хромова 15  
ИНН 5030076920 ОГРН 1125030001568

**ИНФОРМАЦИОННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА  
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 ФЗ РФ № 323 от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_г.

Я,

---

ФИО пациента или его законного представителя полностью даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

---

Я в полной мере информирован(а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, и подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.

Я информирован(а) о характере предстоящих исследований/манипуляций, связанным с ними риском и возможном развитии неприятных ощущений, осложнений и последствий: болевых ощущениях; повышенной кровоточивости; воспалительных явлениях; аллергических реакциях; колебаниях артериального давления.

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях введения медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была представлена.

Я согласен(а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов за исключением:

---

Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми.

В соответствии с приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г № 390, я также даю согласие на проведение, при необходимости, следующих вмешательств:

- Опрос, в том числе выделение жалоб, сбор анамнеза.
- Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, вагинальные исследования (для женщин), ректальное исследование;
- Исследование функция нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
- Термометрия;

- Тонометрия;
- Лабораторные методы исследования, в том числе клинические, биохимические, вирусологические (в том числе исследование на наличие ВИЧ-инфекции), иммунологические;
- Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография.
- Рентгенологические методы обследования, ультразвуковые исследования.
- Введение лекарственных препаратов, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутриожно.

Я заявляю, что изложил (а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья, наследственных, психических, венерических и других заболеваний в моей семье.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы. На все заданные вопросы я получил (а) удовлетворяющие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я ознакомлен(а) с распорядком дня, нормами и правилами поведения, правилами предоставления медицинских услуг в ООО «ЛАВ-клиника» и обязуюсь соблюдать их.

Я также даю согласие на обработку персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.3 ст.3 Федерального закона 152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 г.

Информацию о состоянии моего здоровья разрешаю предоставлять следующим лицам

---

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне врачом, оно мне полностью понятно, добровольно даю согласие на медицинское вмешательство:

---

Что я и удостоверяю своей подписью

Фамилия, инициалы и подпись пациента или его законного представителя

---

Фамилия и подпись медицинского работника

---

Дата «\_\_\_» 20\_\_г.

**Примечание:** в соответствии со ст. 20 ФЗ РФ 323 от 21.11.2011 года « Об основах охраны здоровья граждан РФ» информированное добровольное согласие подписывает законный представитель в отношении ребёнка до 15-ти летнего возраста, в также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.