

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

"__" _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

"__" _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
даю информированное добровольное согласие на

в _____ ООО «Орхидея» _____
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____ врач _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского 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, таких как

- 1) повышенная кровоточивость, образование гематомы;
- 2) развитие инфекционно-воспалительных осложнений;
- 3) аллергические реакции;
- 4) болевые ощущения;

а также о возможной необходимости проведения повторного исследования в связи с особенностями расположения и структуры опухоли, конституциональными особенностями (при этом оплата за проведенное обследование не возвращается, повторная манипуляция оплачивается отдельно).

Удостоверяю, что не имел(а) ранее аллергических реакций на новокаин, местные анестетики.

Мне в доступной форме разъяснен режим послеоперационного ведения и возможные последствия при его нарушении.

Я извещён об обязанности поставить в известность врача о наличии таких заболеваний, как вирусный гепатит В, С, ВИЧ-инфекция, нарушениях свёртываемости крови, приём лекарственных препаратов, влияющих на свёртываемость крови и длительность кровотечения (аспирин, эликвис, ксарелто, прадакса, тикагрелор, клопидогрел).

Я прочитал(а) и понял(а) всё вышеизложенное, удовлетворён(а) ответами на все мои вопросы и даю добровольное согласие на _____

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

"__" _____ г.

