

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ВЫПОЛНЕНИЕ УСЛУГ ООО «Спектр»

г. Нижний Новгород

{{документ.текущая_дата_чч}} ч. {{документ.текущая_дата_мин}} мин.
{{документ.текущая_дата_дд_мм_гггг}} г.

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Федеральным Законом **Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации** года N 323-ФЗ от 21 ноября 2011, статья 20.

Я, **{{пациент.фио_полное}}**,
(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя – полностью)

по моему добровольному желанию прошу провести мне все необходимые медицинские мероприятия, связанные с коррекцией состояния моего здоровья.

1. **Мне разъяснены** состояние моего здоровья и основного заболевания, которое явилось поводом обращения за помощью, а также характер, порядок и содержание всех необходимых лечебных мероприятий, соответствующих установленному и объявленному мне диагнозу и связанных с ним состояний моего организма.

2. С поставленными мне диагнозами и заключениями **ознакомлен(а)**.

3. Настоящим **я доверяю врачу** {{счет.специалист.специализация}} {{счет.специалист.фио_сокращенное}} (в дальнейшем Врач) и его(ее) коллегам выполнять все необходимые мне исследования, вмешательства и манипуляции.

4. **Я информирован(а)** о характере предстоящих исследований/манипуляций, связанном с ними риском и возможном развитии неприятных ощущений, осложнений и последствий.

5. **Я проинформирован(а)** об альтернативных данным видам методах лечения и о преимуществах данного вида. Я также ознакомлен(а) с планом предлагаемого мне лечения и действием, с возможным изменением этой программы в случае непереносимости мною тех или иных воздействующих на мой организм факторов, лекарственных препаратов, изменением состояния моего здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также в случае дополнения назначений врачами-консультантами других специальностей.

6. **Я предупрежден(а)** о последствиях отказа от предлагаемого метода терапии, включая возможные осложнения.

7. **Мне разъяснено**, что в ходе выполнения медицинских действий, проводимых мне, может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств и лечебных мероприятий, не оговоренных программой лечения. Я доверяю Врачу и его коллегам принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые Врач сочтет необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения моего состояния, сохранения здоровья.

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

9. **Я подтверждаю**, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с Врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания (состояния) и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к Врачу.

10. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

11. **Я ознакомлен(а)** с распорядком дня, нормами и правилами распорядка в ООО "Спектр" и обязуюсь соблюдать их.

12. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне Врачом, оно мне полностью понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

Подпись пациента ✓ _____ {{пациент.фио_полное}}

(Фамилия Имя Отчество)

Подпись Врача _____ {{счет.специалист.фио_полное}}

(Фамилия Имя Отчество)