ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПАЦИЕНТОМ

Я, _____проживающий(ая) по адресу: _____, д. __, кв.__, паспорт серии _____ № _____, выдан _____ __.__.____ года, код подразделения: ___-___ - законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего ребенка: _____ __.__.____ года рождения, даю информированное согласие на получение медицинских услуг моим несовершеннолетним ребенком.

Мне согласно моей воле даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях здоровья представляемого.

Я, добровольно даю согласие на проведение представляемому осмотра, опроса, неинвазивных и инвазивных исследований на приеме врача, диагностических инвазивных и неинвазивных исследований, инвазивных и инвазивных лечебных мероприятий, в том числе оперативного вмешательства с проведением обезболивания.

Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит делать представляемому во время их проведения.

Я извещен(а) о том, что представляемому необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать лечащему врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с лечащим врачом прием любых, не прописанных лекарств.

Я предупрежден(а) и осознаю, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника Исполнителя, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться состоянии здоровья представляемого.

Я поставил(а) в известность лечащего врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем представляемого, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных представляемым и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на представляемого во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении/не употреблении представляемым алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

«__» _____ 20__ года. Подпись законного представителя пациента _____/_____