

Департамент здравоохранения города Москвы
Государственное Автономное учреждение здравоохранения города Москвы
«Стоматологическая поликлиника №53 Департамента здравоохранения города Москвы»

Информированное добровольное согласие гражданина (законного представителя
гражданина) с общим планом обследования и лечения или отказ от него

Данный раздел бланка заполняется гражданами старше 15 лет

Я, _____
(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) пациента в именительном падеже
в соответствии
с документом, удостоверяющим личность)
_____ года рождения, проживающий по адресу: _____
адрес места проживания пациента
паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____
_____, иной документ, удостоверяющий личность гражданина _____, (далее - пациент),

Данный раздел бланка заполняется только законным представителем пациента, не достигшего возраста 15 лет,
или недееспособного гражданина

Я, _____
(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) пациента в именительном падеже
в соответствии с документом, удостоверяющим личность)
проживающий по адресу: _____,
адрес места проживания пациента
паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____
иной документ, удостоверяющий личность законного представителя пациента _____,
указывается нужное
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель): _____
указывается нужное
пациента (ребенка или гражданина, признанного недееспособным): _____
указывается нужное

(указываются полностью фамилия, имя, отчество(последнее) пациента, год рождения, реквизиты документа
_____ подтверждающего право представлять интересы гражданина)

в соответствии со статьями 19, 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья
граждан в Российской Федерации», находясь на лечении в медицинской организации:

Государственным автономным учреждением здравоохранения города Москвы «Стоматологическая
поликлиника № 53 Департамента здравоохранения города Москвы»

Получил от своего лечащего врача _____
(полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) должность)

разъяснения по поводу своего (лица, законным представителем которого я являюсь) диагноза
(указывается название диагноза)

об особенностях течения заболевания, вероятной длительности лечения и вероятном прогнозе заболевания.

Лечащим врачом мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) предложен план обследования и лечения, даны полные разъяснения о характере, способах, целях, продолжительности, возможных неблагоприятных эффектах медицинского(их) вмешательства(), а также о том, что предстоит делать мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) во время их проведения.

Я извещен о необходимости мной (лицом, законным представителем которого я являюсь) соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать своему лечащему врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с лечащим врачом прием любых непрописанных препаратов (например, для лечения простуды, гриппа, головной боли и т.п.).

Я извещен, что несоблюдение мной (лицом, законным представителем которого я являюсь) рекомендаций лечащего врача, режима приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я проинформирован своим лечащим врачом (лечащим врачом лица, законным представителем которого я являюсь) о предполагаемом медикаментозном лечении и действии лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения. Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения доверяю своему лечащему врачу (лечащему врачу лица, законным представителем которого я являюсь). Применение лекарственных препаратов и других методов лечения может быть назначено другими врачами по согласованию с моим лечащим врачом (лечащим врачом лица, законным представителем которого я являюсь).

Я уполномочиваю врачей выполнить в отношении меня (лица, законным представителем которого я являюсь) процедуру(ы) или дополнительнос(ые) медицинское(ие) вмешательство(а) в соответствии с общим планом обследования и лечения.

Я имел возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил на них исчерпывающие, понятные мне ответы.

Мне разъяснено и понятно моё (лица, законным представителем которого я являюсь) право на отказ от оказания мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи в соответствии с предложенным лечащим врачом общим планом обследования и лечения.

Я извещен о вероятном течении и осложнениях моего (лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания при отказе от лечения.

Согласие пациента	Выбрать нужное, V	Отказ пациента	Выбрать нужное, V
Я соглашаюсь с предложенным мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) общим планом обследования и лечения:		Я отказываюсь от предложенного мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) общего плана обследования и лечения:	

« _____ » _____ 20 ____ года
(дата оформления) (подпись гражданина (ФИО гражданина или законного представителя гражданина) законного представителя гражданина)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с оказанием медицинской помощи пациенту (представляемому) в соответствии с предложенным мною общим планом обследования и лечения пациента (представляемого). Настоящий документ подписан пациентом (законным представителем пациента) в моем присутствии.

« _____ » 20 ____ года _____
(дата оформления) (подпись лечащего врача) (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) лечащего врача и его должность)

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, присутствующие при беседе лечащего врача и пациента врачи удостоверяют согласие пациента с предложенным ему общим планом обследования и лечения или его отказ:

« _____ » 20 ____ г. _____
(дата оформления) (подпись лечащего врача) (ФИО лечащего врача)

« _____ » 20 ____ г. _____
(дата оформления) (подпись врача) (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) врача и его должность)

« _____ » 20 ____ г. _____
(дата оформления) (подпись врача) (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) врача и его должность)