

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«МОСКОВСКИЙ ДОМ-ПАНСИОНАТ ВETERANОВ НАУКИ»**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА И/ИЛИ ДОВЕРЕННОГО ЛИЦА
НА ЛЕЧЕБНУЮ МАНИПУЛЯЦИЮ (ПРОЦЕДУРУ)**

Мы, пациент _____ и/или
(фамилия, имя, отчество)

заказчик _____,
(фамилия, имя, отчество)

уполномочиваем медицинскую службу ФГБУЗ МДПВН выполнять пациенту манипуляции, процедуры и другие лечебные мероприятия с целью медико-социальной реабилитации пациента.

Нам разъяснены и понятны суть заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Мы понимаем необходимость проведения указанных манипуляций, процедур и иных лечебных мероприятий

Нам полностью ясно, что во время указанных манипуляций, процедур или после них могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения).

Мы уполномочиваем медицинскую службу Московского дома-пансионата ветеранов науки выполнять любые процедуры или дополнительные вмешательства, которые могут потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Мы удостоверяем, что текст данного информированного согласия нами прочитан, нам понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и нас удовлетворяют.

Разрешаю давать информацию о моем заболевании, прогнозе, лечении, состоянии

(ФИО лица, которому разрешено давать информацию. По желанию пациента - доп. сведения о лице.)

Подпись пациента _____ (_____)
(Фамилия, инициалы)

Подпись заказчика _____ (_____)
(Фамилия, инициалы)

« ___ » _____ 20 ___ г.