

Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения

«Московский дом-пансионат ветеранов науки»

117321 Москва, ул. Профсоюзная, дом 132, к.8, тел.337-51-92, e-mail:mdpvnran@mail.ru

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ  
ВМЕШАТЕЛЬСТВО (ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ)**

Я, \_\_\_\_\_  
*фамилия, имя, отчество, дата рождения*

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
*адрес места жительства*

или заказчик \_\_\_\_\_  
*фамилия, имя, отчество*

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
*адрес места жительства*

даю информированное добровольное согласие на обследование и лечение /обследование и лечение  
(*ненужное зачеркнуть*) в ФГБУЗ МДПВН \_\_\_\_\_  
Медицинским работником \_\_\_\_\_

*должность, фамилия, имя, отчество медицинского работника*

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств (*осмотр психиатра, терапевта, невролога, окулиста, физиотерапевта, врача ЛФК, лабораторная диагностика - общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ мочи, другие лабораторные исследования; ЭКГ, назначение медикаментозного лечения; применение немедикаментозных методов лечения - физиотерапия, ЛФК, психотерапия; другие мероприятия, предусмотренные общим планом обследования и лечения*), их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст. 6724; 2012, №26, ст. 3442, 3446).

Со мной обсуждены последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

Я получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на все вопросы и имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне обследование и лечение.

*Подпись* \_\_\_\_\_ *фамилия, имя, отчество пациента*

*подпись* \_\_\_\_\_ *фамилия, имя, отчество заказчика*

*подпись* \_\_\_\_\_ *фамилия, имя, отчество лечащего врача*

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год.