

ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Красноярск)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью)  
\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, \_\_\_\_\_, паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребёнка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения, адрес проживания)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Подтверждаю, что мне разъяснено и понятно, что заочное консультирование в ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Красноярск) осуществляется в целях сбора, анализа моих (представляемого) жалоб по состоянию здоровья и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий и при необходимости дополнительной коррекции ранее назначенного лечения при условии установления диагноза, принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации). Необходимость других методов обследования и лечения (в том числе хирургического) будет мне разъяснена дополнительно.

- Добровольно даю/не даю (**ненужное зачеркнуть**) свое согласие на проведение мне (представляемому) заочного консультирования;

- Я информирован (информирована) и осознаю, что результатом оказания медицинской помощи ожидается положительный исход, максимально возможный при имеющемся у меня (у представляемого) заболевании (выздоровление с полным или частичным восстановлением физиологического процесса или функций; улучшение в состоянии в виде уменьшения выраженной симптоматики без излечения; улучшение в протекании болезни в определенной степени без излечения), но в силу стадии развития имеющегося заболевания и уровня развития современной медицины также возможны такие результаты оказания медицинской помощи, как нейтральные исходы (отсутствие изменений в состоянии и протекании болезни) и отрицательные исходы (ухудшение состояния и протекания болезни в определенной степени; инвалидизация; развитие нового заболевания или осложнений; летальный исход).

- Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом приём любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

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

- Я подтверждаю, что положения настоящего документа мною поняты;

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна)/не согласен (не согласна) (**нужное подчеркнуть**) со всеми пунктами настоящего документа, и добровольно даю /не даю (**нужное подчеркнуть**) своё согласие на диагностику, обследование и лечение в предложенном объеме

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись пациента /законного представителя) И.О. Фамилия

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская организация может передать информацию *о состоянии моего здоровья / о состоянии здоровья представляемого (ненужное зачеркнуть)*, в том числе после смерти:

---

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

---

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

---

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись пациента / И.О. Фамилия  
/законного представителя)

**Дополнительная информация:**

---

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись пациента / И.О. Фамилия  
/законного представителя)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года