

**ООО МК «Клиника 4 управления»  
443020, г. Самара, ул. Л.Толстого, 91**

**СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО  
(мед. процедура)**

Я \_\_\_\_\_  
(полностью Ф.И.О. пациента)

информирован (а) врачом \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

о правах пациента в соответствии со статьей 30 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Согласно ст.31 Основ по моей воле в доступной форме я получил (а) имеющуюся информацию о состоянии моего здоровья, включающую сведения о: результатах обследования; наличии заболевания; прогнозе заболевания; диагнозе заболевания; методах лечения; связанном с методом лечения риске, в т.ч. аллергических реакциях; возможных вариантах медицинского вмешательства; последствиях возможных вариантов медицинского вмешательства; результатах лечения, произведенного до предполагаемого медицинского вмешательства; возможных прогнозах для моей жизни и здоровья. Мне разъяснено и я осознал (а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении манипуляции и после нее, как в ближайшее время, так и в отдаленном периоде, возможны осложнения. Я согласен (а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями моего организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ООО МК «Клиника 4 управления» не несет ответственность за их возникновение.

Результаты лечения с применением предполагаемого медицинского вмешательства будут сообщены мне дополнительно.

Я, в свою очередь, полно и достоверно изложил врачу информацию о жалобах, истории заболевания, истории жизни, в частности, о перенесенных и имеющихся в настоящее время инфекционных заболеваниях, чтобы исключить заражение или подвергнуть опасности заражения инфекционным заболеванием других лиц.

На основании полученной информации о состоянии моего здоровья и согласно ст.32 Основ **я даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:**

\_\_\_\_\_ (название медицинского вмешательства)\*

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись пациента)

\_\_\_\_\_ (подпись законного представителя)\*\*

Я даю добровольное \_\_\_\_\_ с планом ведения обследований и лечения.  
( согласие, несогласие)

Я предупрежден о своем праве в случае необходимости ознакомиться с моей первичной медицинской документацией (историей болезни), в присутствии своего лечащего врача

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.  
лечащего врача)

\_\_\_\_\_ (подпись пациента)

\_\_\_\_\_ (подпись законного представителя)\*\*

\*Название медицинского вмешательства записывается пациентом собственноручно либо законным представителем, либо лечащим врачом по просьбе пациента

\*\*В отношении лиц, не достигших возраста 15 лет; либо лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными; либо граждан, находящихся под опекой (попечительством).