

Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства

Я, ____ Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя ____ дата рождения гражданина или законного представителя ____, зарегистрированный по адресу: ____ адрес регистрации гражданина либо законного представителя ____, проживающий по адресу: ____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации) ____ в отношении ____ Фамилия, Имя Отчество (при наличии) пациента (при подписании согласия законным представителем) ____ дата рождения пациента (при подписании законным представителем) ____, проживающего по адресу: ____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя) ____ даю согласие на оказание медицинской помощи в ____ ООО «Никор-Мед»

Находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в отделении ____ (название отделения, номер палаты) ____, добровольно даю свое согласие на проведение мне (пациенту, интересы которого я представляю): ____ (название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики) ____.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (пациентом, интересы которого я представляю) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (пациента, интересы которого я представляю) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (пациенту, интересы которого я представляю) делать во время его проведения.

Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода.

Мне разъяснено и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия могут быть изменены врачами по их усмотрению.

Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

О последствиях (возможных осложнениях при выполнении анестезии) и связанных с ними риском информирован(а) врачом – анестезиологом-реаниматологом ____ Фамилия Имя, Отчество ____.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (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» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Пациент (его законный представитель)		
	Подпись	Фамилия Имя Отчество
Врач – анестезиолог-реаниматолог		
	Подпись	Фамилия Имя Отчество

«__» _____ Г.