

Информированное добровольное согласие на лабораторные методы обследования

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 «Уют Мед Клиник»

Я получил разъяснения о необходимости назначенных лабораторных методов обследования.

Я даю информированное добровольное согласие на:

- осуществление следующих видов медицинских вмешательств: лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, молекулярно-биологические, а также взятие капиллярной и венозной крови для их проведения;
- получение (рассылку) результатов лабораторных исследований на мой электронный адрес _____.

Мне в доступной и понятной форме разъяснены правила подготовки к лабораторным исследованиям и возможные погрешности в результатах при их несоблюдении, вероятные риски манипуляций (боль или дискомфорт при введении иглы, гематома в области пункции вены, обморок и пр.).

Я подтверждаю, что поставил в известность лечащего врача о всех проблемах со здоровьем (в том числе о ВИЧ, сифилисе, гемофилии, гепатитах С и В).

Мне разъяснено мое право отказаться от медицинского вмешательства в любое время до начала его выполнения и разъяснены возможные последствия отказа от медицинского вмешательства. При этом я не лишусь квалифицированной медицинской помощи. В случае отказа от медицинского вмешательства оформляется соответствующий документ.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 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)

Я удостоверяю, что текст мною прочитан. Я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, я имел(а) возможность задать вопросы и получил(а) на них ответы, полученные объяснения меня удовлетворяют.

Я, _____
Фамилия Имя Отчество

согласен на проведение лабораторных обследований.

Я, _____
Фамилия Имя Отчество

не согласен (на) на проведение лабораторных обследований.

| | | | |
|--------------------------------------|---------|--|----------------------|
| Пациент (его законный представитель) | | | |
| | Подпись | | Фамилия Имя Отчество |
| Медицинский специалист | | | |
| | Подпись | | Фамилия Имя Отчество |

«__» _____ ____ Г.