

Семейная клиника «Наш доктор»

Ростов-на-Дону ул. Ленина д.63, www.nashdoctor-rostov.ru

контактные данные: (863)301 33 32, (863)245 98 59, (863)245 93 25, [info@nahdoctor-rostov.ru](mailto:info@nahdoctor-rostov.ru)

**Информированное согласие на инвазивное вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.)

"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,

Зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина, либо законного представителя)

находящийся на лечении в ООО Медицинская фирма Семейная клиника «Наш доктор» настоящим даю согласие на проведение лечебных и диагностических мероприятий.

Мне была предоставлена в понятном виде информация относительно моего заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения и возможных осложнениях. Я, получил *(а)* информацию о моем состоянии здоровья и особенностях течения моей болезни. Мне была предоставлена возможность задавать интересующие меня вопросы по поводу предстоящего оперативного вмешательства, получать на них ответы в доступной для понимания форме.

Я понял *(а)* цель и характер предстоящего вмешательства. У меня нет оснований, не доверять или сомневаться в квалификации врачей, выполняющих операцию.

В случае возникновения непредвиденных ситуаций, осложнений в ходе операции, я согласен *(а)* на применение тех мероприятий, которые, по мнению врача, выполняющего вмешательство, целесообразны в таком случае. Я прочитал*(а)* представленный мне текст общей и частной частей стандарта информирования, а также текст данного согласия и понял их.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.