

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРИМЕНЕНИЕ ИНВАЗИВНОГО МЕТОДА МЕДИЦИНСКОГО
ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

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

в соответствии со статьей 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ознакомлен(а) с правами пациентов.

Согласно статье 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я проинформирован об условиях и порядке предоставления платных медицинских услуг в ООО ЛДЦ «Миленарис».

Я даю информированное добровольное согласие на применение инвазивного метода медицинского вмешательства при моем обследовании (лечении).

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснено, что применяемый метод медицинского вмешательства предполагает внедрение инструментов и(или) веществ в организм пациента через кожу или слизистую оболочку в целях диагностики, лечения или профилактики различных заболеваний.

Мне разъяснены и понятны связанные с применяемым инвазивным методом медицинского вмешательства риски, возможные варианты медицинского вмешательства, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, вызванных, в том числе, индивидуальной реакцией организма, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения). Мне также разъяснены предполагаемые результаты медицинского вмешательства.

Я подтверждаю, что поставил лечащего врача в известность о всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, о всех перенесенных мною известных мне заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах, сообщать правдивые сведения о моей наследственности, а также о злоупотреблении алкоголем, наркотическими препаратами или токсическими средствами.

(подпись) (Ф.И.О. гражданина)

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

(дата оформления)