

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПОЛУЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ**

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

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____,
(Фамилия, имя, отчество законного представителя)
паспорт: _____, выдан _____,
_____,
проживающий по адресу _____,
являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего или лица,
признанного недееспособным

(Фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного, дата рождения) | _____

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» меня уведомили об условиях и порядке предоставления платных медицинских услуг в _____.

Я ознакомлен(а) с Положением о порядке предоставления дополнительных платных медицинских услуг в _____, договором об оказании платных медицинских услуг № _____ от «____» _____ 20__ г.

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.

Я подтверждаю, что до сдачи биоматериала на лабораторное исследование я был(а) ознакомлен(а) с Памяткой пациента о правилах подготовки к сдаче анализов и соблюдал(а) их в полном объеме.

Мне в доступной и понятной форме разъяснены порядок проведения лабораторного исследования, вероятные риски манипуляций (боль или дискомфорт при введении иглы, гематома в области пункции вены, обморок и пр).

Мне разъяснено, что на точность результатов лабораторного исследования влияют чувствительность и специфичность диагностических тестов, в силу чего результат ЛЮБОГО анализа может быть ошибочным, как ложноположительным, так и ложноотрицательным, что не свидетельствуют о нарушении лабораторией установленных требований к качеству проводимых исследований.

В случае возникновения у меня обоснованных сомнений в результатах проведенного лабораторного исследования, я обязуюсь обратиться к лечащему врачу за получением дополнительных рекомендаций по дальнейшему обследованию и лечению.

Я согласен на получение (рассылку) результатов лабораторных исследований на мой электронный адрес: _____.

При этом, мне разъяснено, что при передаче результатов лабораторных исследований по открытым каналам связи (электронная почта) Медицинский центр не несет ответственности в случае возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации.

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(дата оформления)