

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

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 осуществление оперативного лечения в амбулаторных условиях:

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

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской услуги, связанные с ней риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской услуги.

Подтверждаю, что я ознакомлен (а) с характером предстоящей мне операции. Мне разъяснены и я понимаю особенности предстоящего оперативного лечения.

Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания (состояния). Я понимаю необходимость проведения указанной операции. Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции или после нее могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения, вызванные индивидуальной реакцией организма, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения). В таком случае я согласен(на) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению. Также я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском кровопотери, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, и даже неблагоприятного исхода.

Я предупрежден(а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями, связанными с особенностями течения моего заболевания, и даю свое согласие на это.

Мне также разъяснены правила гигиены и профилактики раневой инфекции и иных осложнений в послеоперационном периоде.

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)