

СОГЛАСИЕ С ОБЩИМ ПЛАНОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

Я, _____ (ФИО), находясь на лечении в _____ отделении, ознакомлена моим лечащим врачом _____ (ФИО) с намеренным общим планом обследования и лечения.

Лечащим врачом мне лично были разъяснены цели, характер, ход и объем планируемого обследования, а также способы его проведения.

Я уведомлена о том, что в учреждении, в том числе в приемном отделении, родильных залах, палатах, операционных, холлах, внутренних и прилегающих территориях в целях моей безопасности может вестись фото / видео / аудио фиксация происходящего.

Я ознакомлена с планом предполагаемого медикаментозного лечения, действием лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов или в случае изменения состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения. Кроме того, я согласна на то, что некоторые лекарственные препараты или методы обследования могут быть назначены врачами-консультантами по согласованию с моим лечащим врачом.

Я уполномочиваю врачей выполнить процедуру или дополнительное вмешательство в соответствии с общим планом обследования и лечения.

Со мной обсуждены последствия отказа от обследования и лечения. Я получила исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имела достаточно времени для принятия решения о согласии на предложенное мне обследование и лечение.

Я предупреждена, что курение в больнице запрещено, и за грубое нарушение больничного режима я могу быть досрочно выписана из лечебно-профилактического учреждения с соответствующей отметкой в листке нетрудоспособности. Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения доверяю своему лечащему врачу.

Разрешаю давать информацию (в полном или неполном объеме) о моем заболевании, состоянии, прогнозе, лечении и состоянии только

(фамилия, имя отчество лица, которому разрешено давать информацию)

Пациент _____ / _____ /
(Подпись, расшифровка подписи)

Врач _____ / _____ /
(Подпись, расшифровка подписи)

Дата _____