

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА С ОБЩИМ ПЛАНом ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

Я, (ф.и.о. полностью) \_\_\_\_\_ или  
(заполняется собственноручно или законным представителем)

законный представитель пациента \_\_\_\_\_ (если  
пациент в установленном законом порядке признан недееспособным или является несовершеннолетним лицом, не достиг-  
шим 15 лет, или в иных случаях, установленных ФЗ-323 от 21.11.2011), находясь на обследовании и лечении в отделении

ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», в соответствии со ст. 19, 20, 22 ФЗ «Об основах  
охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ получил(а) от моего лечащего врача полную,  
изложенную в доступной для моего понимания форме информацию о характере моего заболевания, о целях, методах оказани-  
я мне медицинской помощи. Я ознакомлен(а) с намеченным мне общим планом обследования и лечения. Лечащим врачом  
мне лично были разъяснены цель, характер, ход и объем планируемого обследования, а также способы его проведения. Я  
ознакомлен(а) с планом предполагаемого медикаментозного лечения и действием лекарственных препаратов, с возможными  
изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов, изменением  
состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов и других  
методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами по согласованию с моим лечащим врачом. Я  
уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в  
целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций. Со мной обсуждены последствия отказа от об-  
следования и лечения. Я получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел(а) достаточно времени на  
принятие решения о согласии на предложенное мне обследование и лечение. Я предупрежден, что за грубое нарушение  
больничного режима (в том числе осуществление курения на территории ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», распитие спиртных на-  
питков и пр.), а также правил внутреннего распорядка для пациентов, с которыми я ознакомлен, могу быть досрочно выпи-  
сан из ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ». Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения доверяю своему леча-  
щему врачу. Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) вышеизложенный документ, значение его мне понятно, ин-  
формация, изложенная в документе, доведена до меня в доступной форме, полученные мной объяснения лечащего врача(ей)  
меня полностью удовлетворяют. Я даю свое информированное добровольное согласие с общим планом обследования и ле-  
чения на основе свободного волеизъявления, находясь в ясном сознании и памяти.

**1. Подпись пациента** (или его законного представителя) « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Подпись

Ф.И.О.

**Пациент подписался в моем присутствии: подпись и Ф.И.О. врача ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»**

Подпись

Ф.И.О.

**2. Заполняется, если пациент не может самостоятельно прочесть информированное согласие, но может его подписать.**

Информированное согласие прочитано пациенту вслух \_\_\_\_\_ (Ф.И.О., должность)

Информированное согласие разъяснено и понятно, доведено до пациента в доступной для понимания форме.

**Заполнено в моем присутствии:**

**Подпись и Ф.И.О. врача ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»**

Подпись

Ф.И.О.

**удостоверяет присутствующий при беседе (свидетель) врач ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»**

Подпись

Ф.И.О.

**3. Заполняется, если пациент по тяжести состояния**

(указать, в чем состоит тяжесть)

**не может прочесть и подписать данное информированное согласие. Решение об общем плане обследования и  
лечения принимается коллегиально (консилиумом) – п. 9, 10 ст. 20 ФЗ-323 от 21.11.2011 г.**

**Подпись и Ф.И.О. врача ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»**

Подпись

Ф.И.О.

**Подпись и Ф.И.О. врача ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»**

Подпись

Ф.И.О.

**Подпись и Ф.И.О. врача ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»**

Подпись

Ф.И.О.