

Приложение №3

к приказу ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»
№ 751 от «02» сентября 2015 г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ЛЕЧЕБНУЮ (ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ) МАНИПУЛЯЦИЮ (ПРОЦЕДУРУ)

Я, (ФИО полностью) _____, _____ или законный
представитель _____ (заполняется собственноручно или законным представителем)
пациента (ФИО полностью) _____ (если пациент в установленном законом порядке
признан недееспособным или является несовершеннолетним лицом не достигшим 15 лет или в иных случаях установленных ФЗ-323 от
21.11.2011), находясь на обследовании и лечении в родовом отделении ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ», в соответствии со ст. 19, 20, 22 ФЗ «Об
основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г. № 323-ФЗ получил(а) от моего лечащего врача полную,
изложенную в доступной для моего понимания форме информацию о характере моего заболевания, о целях, методах оказания
медицинской помощи. Я уполномочиваю врачей _____

(фамилии, имена, отчества)

выполнить мне манипуляцию, процедуру (нужное подчеркнуть)

ПЦР на COVID-19

Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю
необходимость проведения указанной манипуляции (процедуры). Мне разъяснено врачом и понятно, что во время указанной
манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств
(лечения).

Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное медицинское вмешательство, которое может
потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Решение подвергнуться проведению лечебной (диагностической) манипуляции (процедуры) является моим собственным; оно было
принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли или мысли.

При подписании этого документа последний мною прочитан, и я полностью его понял(а), а также задал(а) все интересующие меня
вопросы. Я осознаю потенциальные риски и возможные осложнения при проведении лечебной (диагностической) манипуляции
(процедуры), а также преимущества, которые могут быть результатом ее.

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) вышеизложенный документ, значение его мне понятно, информация, изложенная в
документе доведена до меня в доступной форме, полученные мной объяснения врача(ей) меня полностью удовлетворяют. Я даю свое
добровольное информированное согласие на указанный(ые) вид(ы) лечебной(ых) (диагностической(их)) манипуляции(ий)
(процедур(ы)) на основании свободного волеизъявления, находясь в ясном сознании и памяти.

Я информирован(а) о том, что данное согласие может быть мною отозвано мною в любое время до начала лечебной (диагностической)
манипуляции (процедуры).

1. Подпись пациента (или его законного представителя)

В _____ В _____ Дата «__» _____ 2022г.
Подпись _____ ФИО _____

Пациент подписался в моем присутствии: подпись и ФИО врача ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»

Подпись _____ ФИО _____
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 ФИО врача ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»

Подпись _____ ФИО _____
удостоверяет присутствующий при беседе (свидетель) врач

Подпись _____ ФИО _____
3. Заполняется, если пациент по тяжести состояния _____ (указать в чем состоит тяжесть)
не может прочесть и подписать данное информированное согласие. Решение о проведении манипуляции и/или процедуры
принимается коллегиально (консилиумом) – п.9, 10 ст.20 ФЗ-323 от 21.11.2011г
Подпись и ФИО врачей ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»

Подпись _____ ФИО _____

Подпись _____ ФИО _____

Подпись _____ ФИО _____