

**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 оказания 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 препа-  
ратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных пре-  
паратов, 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 обследования 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 напитков и пр.), а также правил внутреннего распорядка для пациентов, с которыми я ознакомлен, могу  
быть досрочно выписан из ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ». Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения  
доверяю своему лечащему врачу. 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 объяс-  
нения лечащего врача(ей) меня полностью удовлетворяют. Я даю свое информированное добровольное согласие с общим  
планом обследования и лечения 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 о общем плане обследования и лече-  
ния 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 отделения ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ»

Подпись \_\_\_\_\_ Ф.И.О. \_\_\_\_\_