



**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство  
(проведение инвазивного исследования, вмешательства, операции)**

Я, пациент (ФИО) \_\_\_\_\_, карта пациента № \_\_\_\_\_,

Заполняется законными представителями несовершеннолетних в возрасте до 15 лет,  
несовершеннолетних больных наркоманией в возрасте до 16 лет

Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного  
недееспособным \_\_\_\_\_ года рождения (далее - пациент)

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в Обществе с  
ограниченной ответственностью «Европейский медицинский центр «УГМК-Здоровье» (далее – «Медицинский центр») при этом мне  
разъяснена и мною осознана следующая информация:

1. Я получил (а) от сотрудников Медицинского центра полную информацию о возможности и условиях предоставления мне  
бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи и даю при этом свое согласие на  
оказание мне платных медицинских услуг в Медицинском центре и готов их оплатить.

2. Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и необходимость проведения инвазивного (вмешательства с проникновением в  
организм, нарушением кожного покрова) медицинского вмешательства для лечебных и/или диагностических целей.

3. Я даю своё согласие на проведение мне следующего вида инвазивного исследования, вмешательства, лечения:

4. Мне разъяснено, что в зависимости от полученного результата диагностического исследования мне может потребоваться другое,  
более информативное в моей ситуации, исследование или проведение того же исследования повторно через определённое время и  
готов (а) его оплатить. Я доверяю принятие решения в этом вопросе своему лечащему врачу или врачу, проводящему исследование.

5. Мне разъяснено, что окончательный исход медицинского вмешательства во многом зависит от индивидуальных особенностей моего  
организма, связанных с этим процессов заживления и не может быть полностью спрогнозирован до начала лечения или во время его.

6. Мне разъяснено, что при проведении медицинского вмешательства, в ближайшем или отдалённом периоде могут возникнуть  
различные осложнения и последствия: аллергические реакции, инфекционные осложнения, нарушения со стороны сердечно-  
сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, другие последствия вплоть до потери трудоспособности и летального  
исхода. Врач информировал меня об основных осложнениях и о способах их устранения. При этом я понимаю, что невозможно  
оговорить каждое осложнение и перечень представленных мне осложнений не является исчерпывающим.

7. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или  
индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне  
травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых  
половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы,  
воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся  
ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя,  
наркотических и токсических средств.

7. Я даю согласие на проведение медицинского вмешательства под анестезией и на возможность изменения анестезиологического  
пособия в зависимости от складывающейся при медицинском вмешательстве ситуации. О степени анестезиологического риска  
предупрежден(а) и осознаю его.

8. Я согласен и разрешаю в случае опасного для жизни осложнения провести мне все необходимые лечебные мероприятия и  
привлекать соответствующих медицинских специалистов, которых оперирующий врач сочтёт необходимым.

9. Мне разъяснено, что данное согласие я могу отозвать в любое время до начала диагностического исследования. Содержание и цель  
настоящего документа мне разъяснены и понятны.

Решение о проведении мне медицинского вмешательства принято мной добровольно, без навязывания мне чьей-либо воли.

Пациент \_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество) (подпись) (дата)

Врач: \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

**Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст.ст. 13, 20 ФЗ «Об основах охраны граждан  
в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2013 г.**