

**Информированное добровольное согласие  
на проведение профилактического медицинского осмотра и диспансеризации**  
(на основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ  
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)

"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)  
в отношении \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)

"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

поставлен (-а) в известность, что я (представляемый) обратился (-ась) за медицинской помощью в Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Центральная городская клиническая больница № 3 город Екатеринбург»

- Мне согласно моей воле даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого).

- Я ознакомлен (-а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении и обязуюсь их соблюдать.

- Мне в полной и доступной для меня форме разъяснено, что медицинское вмешательство это выполняемые медицинским работником по отношению ко мне (представляемому) затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций.

- Мне (представляемому) медицинским работником \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме предоставлена полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства проведение профилактического медицинского осмотра и диспансеризации о его последствиях, в том числе вероятность развития осложнений вплоть до летального (смертельного) исхода, а так же о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

- Мною полностью осознана и понятна представленная информация, о медицинском вмешательстве проведение профилактического медицинского осмотра и диспансеризации о целях, видах, методах оказания медицинской помощи мне (представляемому), связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, в том числе вероятность развития осложнений вплоть до летального (смертельного) исхода, а так же о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

- Добровольно даю согласие на медицинское вмешательство проведение профилактического медицинского осмотра и диспансеризации

- Мне (представляемому) разъяснено в доступной форме и мною осознано, что в ходе выполнения указанного медицинского вмешательства (лечения) мне (представляемому) может возникнуть необходимость выполнения другого медицинского вмешательства (дополнительные методы обследования, смена лечения). Я доверяю медицинским работникам проводить медицинские мероприятия мне (представляемому), которые ими будут выбраны в качестве необходимых для улучшения моего здоровья.

- Я информирован (-а) о целях, характере и возможных неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, осложнениях, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения.

- Я извещен (-а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения. Немедленно сообщать медицинскому работнику о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с медицинским работником прием любых, не прописанных препаратов, продуктов питания в период прохождения лечения.

- Я предупрежден (-а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья вплоть до летального (смертельного) исхода.

- Я поставил (-а) в известность медицинского работника обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем (здоровьем представляемого), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и продуктов питания, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической и биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) в период жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (-а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств мной (представляемым).

- Я \_\_согласен (-на) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей

