

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на медицинское вмешательство

Я, _____, _____ г.р.,
зарегистрированный(ая) по адресу: _____,

проживающий(ая) по адресу: _____,

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в ООО "Лагомед" на следующих условиях:

1. **Соглашаюсь на проведение осмотра медицинским специалистом** для решения вопроса о наличии заболевания, нуждаемости в медицинской помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи.

2. **Соглашаюсь на лечение** заболевания, если оно будет выявлено, в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, всеми средствами, используемыми в медицинской практике, не запрещёнными законодательством РФ.

3. Понимаю того, что **любой вид лечения может иметь побочные эффекты и нежелательные действия**, к нему может выявиться индивидуальная непереносимость. **Обязуюсь сообщать лечащему врачу о любой реакции**, которая может быть связана с проводимым лечением.

4. Сохраняю **права на отказ от любого в отдельности вида обследования и лечения**, из тех, что будут предложены, на требование дополнительной информации от врача при каждом новом назначении или выявлении нежелательных эффектов.

5. **Соглашаюсь на обработку персональных данных** в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных».

Мне разъяснены мои права:

- право на уважительное и гуманное отношение;
- право на получение информации о своих правах, характере имеющихся заболеваний и применяемых методах лечения;
- право на отказ от медицинского вмешательства;
- право на сохранение врачебной тайны;
- право на выбор врача и медицинской организации;
- право на участие в принятии решений о своём лечении.

Виды медицинских вмешательств, на которые даётся согласие:

Подпись пациента: _____ Дата: _____

Подпись законного представителя (если применимо): _____ Дата: _____

Подпись медицинского работника: _____ Дата: _____