

ИНН 68.

МЕДИ

«КЛИ

392008, 7

ИНН 68.001
КПП 682901001
ИНН 68.001
КПП 6829004185

Приложение к истории болезни, амбулаторной карте № _____
от « _____ » _____ 202 ____ г.

СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ЭНДСКОПИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (диагностического/лечебного)

Я, как пациент МКЦ, _____ лет,
На основании ст. 32 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан,
информирован(а) врачом-эндоскопистом _____

лечащим врачом о состоянии моего здоровья, включая сведения о результатах проведенного обследования, наличии симптомов заболевания, его диагнозе и прогнозе. В связи с этим заболеванием мне рекомендовано эндоскопическое вмешательство эзофагогастродуоденоскопия / колоноскопия (при необходимости – биопсия) как оптимальный и малотравматичный, точный метод обследования и лечения, а также как предполагающий наименьшее количество осложнений и негативных результатов.

Я информирован (а):

- о предстоящем вмешательстве;
- показаниях к нему;
- связанном с вмешательством риске;
- о методе обезболивания.

Кроме того, мне разъяснено, что:

- плохая переносимость процедуры пациентом,
- недостаточно качественная подготовка к исследованию по причине несоблюдения мной предписаний врача или особенности моего организма могут стать объективной причиной отказа врача от проведения диагностического или лечебного вмешательства.

Я признаю право врача прервать исследование в случае, если:

- в ходе исследования будет выявлена невозможность продолжения исследования по физиологическим или анатомическим причинам, а также факторы, которые могут повлечь за собой осложнения или другие негативные последствия для пациента;
- из-за выхода оборудования из строя;
- выявления объективных, не зависящих от воли врача или пациента обстоятельств.

Мне разъяснены возможные последствия отказа от эндоскопического вмешательства. Мне разъяснено мое право отказаться от предложенного мне вида эндоскопического вмешательства в любое время до начала его выполнения, при этом я не лишусь квалифицированной медицинской помощи. В случае отказа от эндоскопического вмешательства оформляется соответствующий документ.

Я, подписывая данный документ, даю согласие врачу-эндоскописту Гаджиев М.М.
провести мне эзофагогастродуоденоскопию / колоноскопию (при необходимости – биопсия).

В случае возникновения непредвиденных ситуаций в ходе вмешательства, я доверяю врачу изменить объем вмешательства в соответствии с полученными дополнительными данными.

Я подтверждаю, что врач был мной проинформирован об известных мне на дату подписания настоящего документа проблемах со здоровьем. Хронических и инфекционных (в т. ч. ВИЧ, Гепатит) заболеваниях, о всех случаях аллергической или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами, беременности.

Я признаю свою ответственность в случае умышленного сокрытия данной информации от медицинского учреждения и врачей.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, я имел(а) возможность задать вопросы и получил(а) на них ответы, полученные объяснения меня удовлетворяют. Мне понятно назначение данного документа.

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья следующим лицам:

(если ребенок (если медицинское вмешательство будет осуществлено в отношении пациента, не достигшего возраста 16 лет)).

(штамп)

(подпись)