

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское хирургическое вмешательство (манипуляцию)**

Я, ФИО пациента, \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_, паспорт серия номер, выдан, код подразделения \_\_\_\_\_

находясь на лечении (обследовании) в ООО «СИЛАЙФ», добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) хирургического вмешательства(манипуляции)

---

*(название медицинского вмешательства)*

и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

Подтверждаю, что я ознакомлен (на) с характером предстоящего мне хирургического вмешательства (манипуляции)

- Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего хирургического вмешательства (манипуляции)

- Мне разъяснено и я осознаю, что во время хирургического вмешательства (манипуляции) могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен(на) на то, что ход хирургического вмешательства (манипуляции) может быть изменен врачами по их усмотрению.

- Я поставил(ла) 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 (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе хирургического вмешательства (манипуляции), и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

- Я ознакомлен(на) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на

\_\_\_\_\_ г. *Подпись пациента/законного представителя*

*Расписался в моем присутствии:*

**Врач** \_\_\_\_\_ *(должность, Ф.И.О)*

\_\_\_\_\_ *(Подпись)*