



ООО Лечебно-диагностический центр «Медицина» МО. г. Наро-Фоминск, Шибанкова 3. 8(496)344-12-03 www ldc-medicina.ru

Информированное добровольное согласие на лечение в условиях дневного стационара

Я, _____,
ЭМК № _____, паспорт серия _____
№ _____ выдан _____
код подразделения _____,
зарегистрированный(ая) по адресу: _____,
д. _____, корп. _____, кв. _____
проживающий(ая) по адресу: _____,
д. _____, корп. _____, кв. _____.

В ООО ЛДЦ «МЕДИЦИНА» мне предложен комплекс лечебных мероприятий:

Наблюдение/лечение в условиях дневного стационара, в том числе с внутривенным капельным, внутривенным струйным, подкожным, внутрикожным и внутримышечным введением лекарственных средств под контролем лечащего врача (далее дневной стационар)

цель которых – получение наиболее благоприятного для меня результата из тех, которые возможны в условиях данного медицинского учреждения с учетом стадии заболевания и моего общего состояния.

Я понимаю, что гарантировать абсолютную эффективность лечения на современном уровне развития медицины невозможно. Я осознаю, что проведение любого лечебно-диагностического вмешательства связано с риском для здоровья. Я проинформирован(а) обо всех побочных эффектах применяемых фармацевтических препаратов. Мне представлены сведения о возможных осложнениях, которые могут развиваться во время или после выполнения медицинских вмешательств.

Я понимаю, что во время лечения в условиях дневного стационара могут появиться непредвиденные обстоятельства. В этом случае врачи могут изменить доведенный до моего сведения план. Может потребоваться дополнительное обследование и лечение. Могут измениться сроки лечения.

Я предупрежден(а) о том, что несоблюдение правил внутреннего распорядка ООО ЛДЦ «МЕДИЦИНА», рекомендованного режима в ходе лечения может негативно отразиться на результатах лечения и состоянии моего здоровья в целом.

Настоящее согласие на лечение, действительно в течение всего срока лечения.

Я осознаю, что представленная мною, неполная, ложная информация о наличии или отсутствии у меня сопутствующих заболеваний, а также перенесенных ранее болезнях, травмах, операциях, аллергических реакциях и других фактах, способна оказать негативное влияние на результаты отдельных медицинских вмешательств и состояние моего здоровья в целом.

От врача, я получил(а) подробное разъяснение по поводу диагноза, особенностей течения моего заболевания, вероятной длительности лечения и прогноза.

Я ознакомлен(а) врачом с планом предполагаемого лечения. Мне разъяснены возможные варианты медицинских вмешательств, связанные с ними риски и их последствия.

Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения и задал(а) любые интересующие вопросы касательно моего заболевания и лечения. Со мной обсуждены последствия отказа от обследования и лечения. Я получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне обследование и лечение.

Мне понятен смысл назначенного лечения в условиях дневного стационара и разъяснены его основные этапы.

– Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мне было предоставлено достаточно времени для ознакомления, обдумывания и принятия решения.

Добровольно даю согласие на лечение в условиях дневного стационара.

Дополнительная информация:

Дата _____

Подпись пациента (законного представителя): _____

Клиника:

(подпись, должность, ФИО)