

Приложение № 5
к Договору № _____ от ____
на предоставление платных медицинских услуг

**Информированное добровольное согласие
на лечение в условиях процедурного кабинета несовершеннолетнего пациента, требующего
внутривенное, внутримышечное, подкожное, внутрикожное, струйное, капельное введение
лекарственных препаратов.**

Я,
дата рождения:
Документ, удостоверяющий личность:
паспорт
дата выдачи
выдан
адрес
телефон

, являясь законным представителем несовершеннолетнего Пациента (родитель, опекун, попечитель, усыновитель),
действующий в интересах несовершеннолетнего Пациента:

пол:
Документ
дата рождения:
адрес

Документ, подтверждающий официальное представление интересов несовершеннолетнего пациента:

Документ

Информирован, что в ООО ЛДЦ «МЕДИЦИНА» Пациенту, интересы которого я представляю, предложен комплекс
лечебных мероприятий:

*Наблюдение/лечение в условиях процедурного кабинета, в том числе с внутривенным капельным, внутривенным
струйным, подкожным, внутрикожным и внутримышечным введением лекарственных средств под контролем
лечащего врача, цель которого – достижение максимально эффективного результата лечения Пациента.*

Я понимаю, что гарантировать абсолютную эффективность лечения заболевания Пациента, интересы которого я
представляю, на современном уровне развития медицины невозможно.

Я понимаю, что с целью достижения максимально положительного эффекта от данного лечения, сотрудники Клиники
в условиях процедурного кабинета, будут применять внутривенное, внутримышечное, подкожное, внутрикожное,
струйное, капельное введение лекарственных препаратов, строго по назначению лечащего врача, используя
лекарственные препараты ЛДЦ «Медицина» или приобретенные Пациентом (его законным представителем) в
розничной аптечной сети по утвержденным стандартам качества в РФ и с предоставлением Клинике
соответствующего сертификата качества лекарственного препарата.

Я осознаю, что проведение любого лечебно-диагностического вмешательства связано с риском для здоровья
Пациентом.

Я проинформирован(а) обо всех возможных побочных эффектах от применяемых фармацевтических препаратов по
причине индивидуальных реакций Пациента, не известных законному представителю несовершеннолетнего Пациента
и Клинике.

Мне представлены сведения о возможных осложнениях, которые могут развиваться во время или после выполнения
медицинских вмешательств.

Я понимаю, что во время лечения в условиях процедурного кабинета могут появиться непредвиденные обстоятельства. В этом случае врачи могут изменить доведенный до моего сведения план по лечению Пациента, интересы которого я представляю. Может потребоваться дополнительное обследование и лечение. Могут измениться сроки лечения.

Я предупрежден(а) о том, что несоблюдение мной и Пациентом правил внутреннего распорядка ООО ЛДЦ «МЕДИЦИНА», рекомендованного режима в ходе лечения может негативно отразиться на результатах лечения и состоянии здоровья Пациента 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 Пациента 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 заболевания Пациента, вероятной длительности лечения и прогноза.

Я ознакомлен(а) врачом с планом предполагаемого лечения Пациента, интересы которого я представляю

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 заболевания и лечения Пациента. 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 обследование и лечение Пациента, интересы которого я представляю.

Мне понятен смысл назначенного лечения в условиях процедурного кабинета 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 несовершеннолетнего Пациента, интересы которого я представляю, в условиях процедурного кабинета, которые могут включать лечение и наблюдение за состоянием с использованием внутривенного, внутримышечного, подкожного, внутрикожного, струйного, капельного введения лекарственных препаратов, строго по назначению лечащего врача, используя лекарственные препараты.

Дополнительная информация: _____

Дата

Подпись пациента (законного представителя): _____

Клиника: _____

(подпись, должность, ФИО)