

Учитывая наличие \_\_\_\_\_  
пациенту показана \_\_\_\_\_ в плановом порядке.

**Информированное добровольное согласие пациента  
на медицинское вмешательство (проведение операции на ЛОР-органах)**

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью)

паспорт: \_\_\_\_\_,

выдан: \_\_\_\_\_,

зарегистрированный(ая) по адресу \_\_\_\_\_,

даю согласие на проведение операции (медицинского вмешательства) \_\_\_\_\_.

в соответствии с результатами обследования в ООО «Центр офтальмохирургии» (в соответствии ст. 20 Федерального Закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

1. Мне даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных нарушениях моего здоровья.

2. Мне разъяснено, что во время операции могут возникнуть обстоятельства, требующие изменения предложенного объема вмешательства или вида оперативного лечения, что дает право хирургу поступать в соответствии с принятыми в подобной ситуации методиками.

Я был(а) предупрежден(а), что во время операции и в послеоперационном периоде могут иметь место различные осложнения, такие как кровотечение, перфорация перегородки носа с последующей установкой передней и задней тампонады носа.

3. Я имел(а) возможность задать любые вопросы касательно моего заболевания, способов лечения, возможных осложнений, исходов операции и получил(а) на них понятные ответы.

4. Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении.

5. Я извещен(а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств.

6. Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

7. Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю согласие на проведение операции.

Дополнительная информация: \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Подпись законного представителя пациента \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_ (подпись)

(должность, И.О., Фамилия)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года.