Информированное добровольное согласие пациента.

Я,

От лица своего ребенка (ФИО, дата рождения) после проведенной с врачом консультации: По своей инициативе добровольно ( без принуждения медицинского персонала или каких-либо иных лиц, без навязывания чьей-либо воли или мнения) соглашаюсь на лечение указанное в договоре, заключенному между мной и Усовым П.А. Я получил полную и всестороннюю информацию в доступной для меня форме изложения относительно имеющегося у меня заболевания, характера и способов его лечения, а также о связанных с выбранным мною способом лечения, вероятных рисках и возможных медико-социальных, психологических, экономических и других последствиях.

В частности: 1. Содержание и результаты лечения, а также возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены врачом, и я их полностью понял. 2. Я получил все назначения и рекомендации о соблюдении режима во время лечения, и после него, которые обязуюсь выполнить. 3. Я предупрежден о возможных осложнениях при проведении предложенного мне вида лечения. 4. Я осведомлен о том, что лечение моего заболевания может быть многоэтапным и при необходимости мне может понадобиться дополнительное лечение. 5. Я выражаю согласие на сдачу анализов, необходимых для проведения лечения. 6. Я обязуюсь поставить в известность врача о любых имеющихся у меня, либо о перенесенных мною заболеваниях, в том числе соматических, инфекционных и т.п., а также об аллергических реакциях на медикаменты. 7. Я согласен на все виды и объем обследований и консультаций специалистов, которые могут понадобиться в процессе лечения. Я удостоверяю, что я ознакомился с приведенной выше информацией, что полученные мною объяснения меня полностью удовлетворяют, и что я полностью понимаю значение данного документа и подтверждаю свое согласие на лечение. При этом я обязуюсь строго соблюдать и выполнять все назначения и рекомендации врача, в назначенные врачом сроки проходить контрольные осмотры. Я проинформирован о других медицинских учреждениях, где может быть оказана медицинская помощь в лечении имеющегося у меня заболевания.

Дата

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_П.А. Усов