

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)/ несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего

больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

паспорт серия\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения,

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг с ООО «Европейский медицинский центр «УГМК-Здоровье»

**Даю добровольное согласие на медицинское вмешательство**

А также настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом, мне разъяснена и мною осознана следующая информация:

- Мне согласно моей воле даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (заболевания моего ребенка)

- Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами, установленными в данном медицинском учреждении

- Даю добровольно свое согласие на проведение мне (моему ребенку) в соответствии с назначениями врача необходимых методов исследования (ЭЭГ-видеомониторинг)

-Я информирован о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (моему ребенку) делать во время их проведения

- Я поставил в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем (здоровьем моего ребенка), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, о принимаемых лекарственных средствах, наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических веществ.

-Я ознакомлен и согласен со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

- Разрешаю предоставить информацию о моем диагнозе (диагнозе моего ребенка), степени тяжести и характере заболевания сотрудникам ООО УГМК Здоровье

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 13, 20 ФЗ «Об основах охраны граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011 г.**