Приложение N 8 к Распоряжению Департамента здравоохранения

города Москвы от 14 апреля 2006 г. N 260-р

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (полное наименование лечебно-профилактического учреждения)

 СОГЛАСИЕ

 С ОБЩИМ ПЛАНОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество)

находясь на лечении в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отделении

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (наименование лечебно-профилактического учреждения)

ознакомлен(а) моим лечащим врачом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество)

с намеченным мне общим планом обследования и лечения.

 Лечащим врачом мне лично были разъяснены цель, характер, ход и

объем планируемого обследования, а также способы его проведения.

 Я ознакомлен(а) с планом предполагаемого медикаментозного

лечения и действием лекарственных препаратов, с возможными

изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех

или иных лекарственных препаратов, изменением состояния здоровья,

требующего изменения тактики лечения, а также применением

лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут

быть назначены врачами-консультантами по согласованию с моим

лечащим врачом.

 Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или

дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях

лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

 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.

 Я предупрежден, что за грубое нарушение больничного режима

могу быть досрочно выписан из лечебно-профилактического

учреждения.

 Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения

доверяю своему лечащему врачу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество)

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись пациента либо его доверенного лица, фамилия,

 имя, отчество, реквизиты документа, подтверждающего

 право представлять интересы пациента

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_