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