

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
на медицинское вмешательство

Я, _____
(ФИО пациента полностью)

даю согласие на проведение следующих медицинских вмешательств:

- Осмотр врача-терапевта
- Лабораторные исследования (анализы крови, мочи)
- Инструментальные исследования (ЭКГ, УЗИ, рентген)
- Введение лекарственных препаратов
- Госпитализацию в терапевтическое отделение

Мне разъяснены:

- Цель медицинского вмешательства
- Последствия отказа от медицинского вмешательства
- Возможные риски и осложнения
- Альтернативные методы лечения

Я имею право:

- Получить полную информацию о состоянии здоровья
- Задавать вопросы медицинскому персоналу
- Отказаться от медицинского вмешательства
- Выбрать врача (при наличии возможности)

Подпись пациента: _____ Дата: «__» _____ 20__ г.

Подпись врача: _____ Дата: «__» _____ 20__ г.