**Информированное добровольное согласие на обследование и лечение**

 «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя « \_\_» г. рождения, проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя). ИИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с правилами, предусмотренными ст. 15, 18, 29 Конституции РК, раздела 5, главы 16. Ст. 91 и главы 23, ст. 139 Кодекса РК "О здоровье народа и системы здравоохранения".

1.Мне\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О. пациента или его законного представителя | разъяснены состояние своего здоровья и характер необходимых диагностических и лечебных мероприятий.

2.Настоящим я доверяю врачам и медицинскому персоналу выполнить следующие диагностические, лечебные методы исследования, манипуляции и процедуры:

А) Взятие крови на проведение лабораторных исследований, в т. ч. клинических, биохимических, на наличие вирусных гепатитов и инфекций, передающиеся половым путем, на наличие ВИЧ инфекции и другие.

Б) Взятие мазков (зева, влагалища, уретры и прочие) для проведения лабораторных исследований

В)Функциональные методы обследования (электрокардиография, суточное мониторирование, электрокардиограммы, суточное мониторирование артериального давления, спирография, аудиометрия, эхоэнцефалография, нейросонография, тредмилл, эхокардиоскопия и другие).

Г) Эндоскопические методы исследования (ларингоскопия, гастродуоденоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия, кольпоскопия, уретроскопия, взятие биопсии и другие).

Д) Рентгенологические методы обследования (флюорография, рентгенография, маммография, ирригоскопия и другие).

Е) Ультразвуковые исследования

Ж) Парентеральное введение лекарственных веществ и вакцин (внутривенно, внутримышечно, подкожно, внутрикожно).

З) Физиотерапевтическое лечение.

И) Хирургические вмешательства.

К) Стоматологические вмешательства и другие Необходимость других видов вмешательств мне будет разъяснено дополнительно.

3.Я информирован (а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что мне (представляемому) делать во время их проведения.

4.Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства. В то же время, мне разъяснены все возможные последствия этого шага.

5.Во всех случаях я не буду иметь никаких претензий.

6. Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я даю согласие на медицинское вмешательство.

7. Данное информированное добровольное согласие действительно с момента заключения на весь период получения медицинской помощи в условиях КГП «Поликлиника № 1 г. Темиртау»

**Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Если пациент не может подписать документ вследствие тяжести своего физического состояния или является, несовершеннолетним, Подпись законного представителя пациента).

**Подпись Врача (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ /**

**Информированное добровольное согласие на обследование и лечение**

 «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя « \_\_» г. рождения, проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя). ИИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с правилами, предусмотренными ст. 15, 18, 29 Конституции РК, раздела 5, главы 16. Ст. 91 и главы 23, ст. 139 Кодекса РК "О здоровье народа и системы здравоохранения".

1.Мне\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О. пациента или его законного представителя | разъяснены состояние своего здоровья и характер необходимых диагностических и лечебных мероприятий.

2.Настоящим я доверяю врачам и медицинскому персоналу выполнить следующие диагностические, лечебные методы исследования, манипуляции и процедуры:

А) Взятие крови на проведение лабораторных исследований, в т. ч. клинических, биохимических, на наличие вирусных гепатитов и инфекций, передающиеся половым путем, на наличие ВИЧ инфекции и другие.

Б) Взятие мазков (зева, влагалища, уретры и прочие) для проведения лабораторных исследований

В)Функциональные методы обследования (электрокардиография, суточное мониторирование, электрокардиограммы, суточное мониторирование артериального давления, спирография, аудиометрия, эхоэнцефалография, нейросонография, тредмилл, эхокардиоскопия и другие).

Г) Эндоскопические методы исследования (ларингоскопия, гастродуоденоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия, кольпоскопия, уретроскопия, взятие биопсии и другие).

Д) Рентгенологические методы обследования (флюорография, рентгенография, маммография, ирригоскопия и другие).

Е) Ультразвуковые исследования

Ж) Парентеральное введение лекарственных веществ и вакцин (внутривенно, внутримышечно, подкожно, внутрикожно).

З) Физиотерапевтическое лечение.

И) Хирургические вмешательства.

К) Стоматологические вмешательства и другие Необходимость других видов вмешательств мне будет разъяснено дополнительно.

3.Я информирован (а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что мне (представляемому) делать во время их проведения.

4.Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства. В то же время, мне разъяснены все возможные последствия этого шага.

5.Во всех случаях я не буду иметь никаких претензий.

6. Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я даю согласие на медицинское вмешательство.

7. Данное информированное добровольное согласие действительно с момента заключения на весь период получения медицинской помощи в условиях КГП «Поликлиника № 1 г. Темиртау»

**Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Если пациент не может подписать документ вследствие тяжести своего физического состояния или является, несовершеннолетним, Подпись законного представителя пациента).

**Подпись Врача (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ /**