

Информированное добровольное согласие на проведение ультразвукового исследования

Я, _____
(Ф.И.О. пациента или его законного представителя) " _____ " _____ г. рождения,
зарегистрированный/ая по адресу _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства: **ультразвуковое исследование** в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Медицинский Центр РОСТ», Юридический адрес: 394068, г. Воронеж, ул. Ипподромная, д. 2в, Фактический адрес: 394074, г. Воронеж, ул. Ростовская, д. 46б
Медицинским работником _____

(ФИО, должность медицинского работника)

Я сообщил(а) врачу обо всех перенесенных мной хронических и сопутствующих заболеваниях, травмах, операциях, а также о принимаемых лекарственных средствах. Вместе с тем, я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических веществ. Я понимаю, что результат процедур зависит, в том числе, и от исходного состояния здоровья, а также особенностей моего организма.

Врачом мне разъяснены характер, ход, объем, время планируемой процедуры. Даны рекомендации по подготовке к планируемой процедуре.

Врач объяснил мне, что ультразвуковое исследование является не инвазивным методом диагностики организма с помощью ультразвуковых волн.

Врач объяснил мне, что целью проведения мне (представляемому лицу) ультразвукового исследования является установление состояния моего здоровья (здоровья представляемого лица) для определения вариантов лечения. Я понимаю, что УЗИ является методом диагностики, и окончательный диагноз устанавливается лечащим врачом.

Я подтверждаю, что мне в доступной форме объяснены суть ультразвукового исследования, обстоятельства, которые могут повлиять на его результаты, а также необходимость придерживаться определенного режима и (или) диеты до проведения исследования.

Я извещен(а), что невыполнение назначенного исследования, а также несоблюдение предписанного режима и (или) диеты может привести к неправильной постановке диагноза.

Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий может возникнуть необходимость ультразвукового исследования внутриволосным датчиком (при проведении УЗИ органов малого таза).

Подписывая настоящее согласие, я подтверждаю, что медицинский работник:

- Проинформировал меня об особенностях проведения УЗИ для принятия мною обдуманного решения.
- Дал мне возможность задать до начала проведения УЗИ интересующие меня вопросы и получить исчерпывающую информацию.
- Получил от меня максимально полную информацию о состоянии моего здоровья (здоровья представляемого лица).

Я обязуюсь соблюдать рекомендации медицинского работника (обеспечить соблюдение рекомендаций представляемым лицом). Мне известно, что несоблюдение предписаний медицинского работника, плана лечения или правил внутреннего распорядка медицинского учреждения, может неблагоприятно сказаться на здоровье.

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(-а) вышеизложенную информацию, она мне понятна, все интересующие меня вопросы были заданы мной медицинскому работнику, на них были получены ответы, и я даю добровольное согласие на проведение УЗИ.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Медицинским работником даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено: Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

(Ф. И. О. выбранного лица)

V _____
подпись

Ф.И.О. гражданина (-ки) или законного представителя, контактный телефон

_____ Г.
_____ Г.
дата оформления

Ф.И.О. медицинского работника