

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
НА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

Я,   
пациент  
Дата рождения:

ПОЛ:   
возраст  лет

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет (несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет), или недееспособных граждан:

Я,  паспорт   
выдан  серия  номер   
когда  кем

являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным:  
 ФИО ребенка или недееспособного гражданина  дата рождения

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг в ООО КДЦ «ПЕРСОНА-МЕД»:

1. Я даю информированное добровольное согласие на произведение мне (представляемому) анестезии

--

ТИП АНЕСТЕЗИИ

2. Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

3. Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения;

4. Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском возникновения реакций, даже при отсутствии ранее таковых, нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода, вплоть до анафилактического шока с летальным исходом;

5. Мне разъяснено и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (согласна) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению;

6. Я подтверждаю, что получил(а) предписание анестезиолога прекратить прием пищи и жидкости с вечера накануне операции и готов(а) полностью соблюдать данное предписание.

7. Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

Подпись пациента / законного представителя


дата


Врач

Фамилия и инициалы

подпись

дата