

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 19, 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1. Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_ (в дальнейшем – Пациент).

2. Предполагаемая операция \_\_\_\_\_

3. Предполагаемая анестезия \_\_\_\_\_

4. Настоящим я разрешаю врачу — анестезиологу-реаниматологу лечебно-хирургического отделения ООО «Стоматологическая поликлиника «Ростошь» выполнить выбранную анестезию, включая и другие виды обследования в процессе анестезии.

5. Врач — анестезиолог-реаниматолог в полном объеме объяснил мне метод выбранной анестезии, технику проведения и проинформировал меня о возможных последствиях (на основе известных случаев и описанных в медицинской литературе), о вероятности сопутствующего дискомфорта и риска. Мне была предоставлена возможность задать вопросы врачу, и на все вопросы были получены исчерпывающие и удовлетворительные ответы.

6. Я понимаю, что в ходе анестезии могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, которые потребуют выполнения нерассмотренных манипуляций, процедур. Поэтому я даю согласие на выполнение дополнительных манипуляций, процедур, которые врач может счесть необходимыми.

7. Я также даю согласие на применение медикаментов и газов, необходимых для оказания экстренной медицинской помощи.

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 19, 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1. Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_ (в дальнейшем – Пациент).

2. Предполагаемая операция \_\_\_\_\_

3. Предполагаемая анестезия \_\_\_\_\_

4. Настоящим я разрешаю врачу — анестезиологу-реаниматологу лечебно-хирургического отделения ООО «Стоматологическая поликлиника «Ростошь» выполнить выбранную анестезию, включая и другие виды обследования в процессе анестезии.

5. Врач — анестезиолог-реаниматолог в полном объеме объяснил мне метод выбранной анестезии, технику проведения и проинформировал меня о возможных последствиях (на основе известных случаев и описанных в медицинской литературе), о вероятности сопутствующего дискомфорта и риска. Мне была предоставлена возможность задать вопросы врачу, и на все вопросы были получены исчерпывающие и удовлетворительные ответы.

6. Я понимаю, что в ходе анестезии могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, которые потребуют выполнения нерассмотренных манипуляций, процедур. Поэтому я даю согласие на выполнение дополнительных манипуляций, процедур, которые врач может счесть необходимыми.

7. Я также даю согласие на применение медикаментов и газов, необходимых для оказания экстренной медицинской помощи.

8. Я осознаю, что всегда существует риск для жизни и здоровья, связанный с применением лекарственных препаратов, и такой риск был в полной мере мне объяснен.

9. Я подтверждаю, что я прочел (прочла) и полностью понял (поняла) вышеприведенный текст и что все пропуски были заполнены прежде, чем я поставил (поставила) подпись.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

В случае невозможности Пациента дать и подтвердить согласие на оказание экстренной медицинской помощи

Подпись родителей (опекуна) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Настоящим я удостоверяю, что объяснил Пациенту характер, цель, действия, риск и альтернативы оказания экстренной медицинской помощи, предложил задать любые вопросы и на все вопросы дал исчерпывающие ответы.

Я считаю, что все мои объяснения и ответы на вопросы были правильно и полностью поняты Пациентом.

Подпись врача — анестезиолога-реаниматолога \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

8. Я осознаю, что всегда существует риск для жизни и здоровья, связанный с применением лекарственных препаратов, и такой риск был в полной мере мне объяснен.

9. Я подтверждаю, что я прочел (прочла) и полностью понял (поняла) вышеприведенный текст и что все пропуски были заполнены прежде, чем я поставил (поставила) подпись.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

В случае невозможности Пациента дать и подтвердить согласие на оказание экстренной медицинской помощи

Подпись родителей (опекуна) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Настоящим я удостоверяю, что объяснил Пациенту характер, цель, действия, риск и альтернативы оказания экстренной медицинской помощи, предложил задать любые вопросы и на все вопросы дал исчерпывающие ответы.

Я считаю, что все мои объяснения и ответы на вопросы были правильно и полностью поняты Пациентом.

Подпись врача — анестезиолога-реаниматолога \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.