ООО «БЛИЖЕ»
350020 г. Краснодар,
ул. Красная, 155/2
8(861)212-68-96
ИНН 2308263165
ОГРН 1192375013995

ближе
клиника женского здоровья

@blije_clinic
www.Blije.ru
8(861)212-68-96

Информированное добровольное согласие на лечебную (диагностическую) манипуляцию (процедуру)

Я,_____, (фамилия, имя, отчество полностью) _____ года рождения,
проживающий(ая) по адресу: _____
_____
_____
*Я, _____,
(фамилия, имя, отчество полностью) паспорт: _____, выдан
_____
_____ «____»_____ _____г.,
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель – нужное подчеркнуть) ребенка или лица, признанного недееспособным_____
(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)
_____*
Находясь на обследовании в ООО «Ближе» уполномочиваю
_____
(фамилии, имена, отчества, должность медицинского персонала) выполнить мне (представляемому) манипуляцию, процедуру (нужное подчеркнуть):
взятие крови из пальца, взятие крови из вены, внутривенные инъекции, внутримышечные инъекции, взятие мазков. Мне разъяснена и понятна суть необходимость проведения указанной манипуляции (процедуры). Мне полностью ясно, что проводимая манипуляция (процедура) связана с риском для здоровья и может повлечь в ряде случаев неблагоприятные последствия, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения). Осложнения: гематома, локальная болезненность, инфильтрат, аллергическая реакция. Я уполномочиваю медицинский персонал выполнить необходимую иную процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения в связи с возникновением непредвиденных ситуаций. Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно, пользуясь своим правом, предусмотренным Федеральным законом №323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю согласие на проведение мне (представляемому) медицинского вмешательства (обследования и лечения).

«___»_____ _____г. _____
(Ф.И.О. пациента или его законного представителя, подпись)

Расписался в моем присутствии:

_____	_____	_____
Должность	Ф.И.О.	подпись
_____	_____	_____
Должность	Ф.И.О.	подпись
_____	_____	_____
Должность	Ф.И.О.	подпись

*Данный раздел заполняется на лиц, не достигших возраста 15 лет, недееспособных граждан и на несовершеннолетних граждан, не достигших возраста 16 лет, больных наркоманией.