**Информированное добровольное согласие**

на виды медицинских вмешательств (диагностику, лечение)

 составлено в соответствии со статьями 19, 20 Федерального закона от 21.11.11г. № 323-ФЗ «Об основах охраны граждан в Российской Федерации»; приказом Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012г. № 177н

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО, год рождения, адрес проживания

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

даю информированное добровольное согласие на проведение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(диагностику, лечение) в условиях дневного стационара

* Я предупрежден (информирован) о целях и характере диагностических и лечебных процедур, а также о том, что мне предстоит делать во время их проведения, добровольно даю свое согласие на проведение в соответствии с назначением врача всех необходимых диагностических исследований (манипуляций); на проведение диагностики (определения наличия) у меня наркологического заболевания в соответствии с п. 2 ст. 54 Федерального закона от 08.01.1998г. №3-Ф3 «О наркотических средствах и психотропных веществах».
* Я добровольно даю своё согласие на проведение, в соответствии с назначениями врача, всех необходимых лечебных и реабилитационных мероприятий (прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний), предупрежден (информирован) и осознаю, что отказ от назначений врача, рекомендаций других работников медицинского центра, несоблюдение лечебно-охранительного режима и режима трезвости, сообщение неточной информации о текущем и прошлом состоянии своего здоровья могут осложнить процесс лечения и исказить результаты обследования.
* Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также о частоте и продолжительности употребления алкоголя, наркотических и токсических средств и о наличии или отсутствии связанных с этим проявлений абстиненции или иных расстройств, поставил (а) в известность врача о наличии всех проблем, связанных со здоровьем, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах.
* Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о факте моего обращения за медицинской помощью, моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания следующим лицам (моим родственникам, законным представителям, иным гражданам):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Я информирован о медико-социальных аспектах (юридически значимых последствиях), связанных с наличием (установлением диагноза) наркологического заболевания, которое является противопоказанием для управления автотранспортом, приобретения и хранения огнестрельного оружия осуществления определенных видов трудовой деятельности в соответствии со ст. 45 Федерального Закона от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах», а также может иметь последствия, установленные Законодательством РФ.

- Я информирован о том, что в соответствии с о ст. 65 Федерального закона от 21.11.211 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинское освидетельствование лица представляет собой совокупность методов медицинского осмотра и медицинских исследований, направленных на подтверждение такого состояния здоровья человека, которое влечен за собой наступление юридически значимых последствий.

-Я осознаю, что в соответствии с положениями Федерального закона от 21.11.211 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну (в том числе о наличии диагноза), без моего согласия (или моего представителя) в случаях, предусмотренных ст. 13 указанного Закона.

- Я информирован о том, что в соответствии со ст. 12 Федерального закона от 23.02.13г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табака», приказом министерства здравоохранения Красноярского края от 04.05.2013г. №214-орг «О полном запрете на курение в учреждениях здравоохранения Красноярского края на территории и в помещениях ООО «КрК МеД» запрещено.

\_-Я ознакомлен и согласен со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и мною понятны. Добровольно даю свое согласие на диагностику и проведение лечебных процедур и манипуляций, ознакомлен с правилами внутреннего распорядка и обязуюсь их соблюдать.

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_\_\_года

Подпись пациента (законного представителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии,

врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_\_г.