

**Информированное добровольное согласие на
проведение анестезиологического пособия**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, либо законного представителя)
" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

В ОТНОШЕНИИ _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным
представителем)
" ____ " _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю добровольное согласие на проведение мне анестезиологического
пособия _____ в
плановом, экстренном порядке.

Врачом анестезиологом _____
(фамилия, имя, отчество врача)

в доступной форме мне разъяснено какой вид (виды) анестезии
планируется мне провести в ходе выполнения оперативного вмешательства,
связанные с этим видом (видами) анестезии риски и возможные осложнения

_____,
какие препараты, и в каких дозах мне предполагается вводить в ходе
анестезии, какие побочные реакции и осложнения могут быть при введении
этих препаратов _____

Я сообщил врачу анестезиологу _____ о наличии
(фамилия, имя, отчество врача)
(отсутствии) у меня аллергических реакций на лекарственные препараты:

Я предупрежден о том, что в ходе проведения оперативного вмешательства
возможна замена _____ вида анестезии на
_____, или проведение дополнительного обезболивания в
виде _____

Пациент:

_____ (подпись) фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

" ____ " _____ г.

Врач:

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" ____ " _____ г.