

**Информированное добровольное согласие на
госпитализацию и оказание медицинской помощи**

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)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

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 госпитализацию **ФГАУЗ «Больница
Пушкинского научного центра РАН»**, отделение _____ для
оказания мне _____ медицинской помощи.
_____ вид медицинской помощи (экстренная, плановая)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной форме мне разъяснены цели, методы оказания
медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты
медицинских вмешательств, их последствия, в том числе
вероятность развития осложнений, дана информация об используемых в
лечении медицинских препаратах, их дозах, длительности курса лечения,
особенностей приема препаратов _____

Мне также разъяснено, что медицинские препараты при необходимости могут
быть использованы вне показаний, отраженных в официальных инструкциях
производителя, о чем я должен буду дать информированное добровольное
согласие.

Также мне были разъяснены предполагаемые результаты оказания
медицинской помощи: _____

Пациент:

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

" ____ " _____ г.

Врач:

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

" ____ " _____ г.