

**Информированное добровольное согласие на  
проведение оперативного вмешательства**

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 оперативного  
вмешательства \_\_\_\_\_ в  
плановом, экстренном порядке.

Врачом \_\_\_\_\_  
( специализация, фамилия, имя, отчество врача)

в доступной форме мне разъяснено что планируется выполнить в ходе  
выполнения оперативного вмешательства, связанные с этим оперативным  
вмешательством риски и возможные осложнения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
какие препараты для дополнительного обезболивания и в каких дозах мне  
предполагается вводить в ходе выполнения оперативного вмешательства,  
какие побочные реакции и осложнения могут быть при введении этих  
препаратов \_\_\_\_\_

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

Я предупрежден о том, что в ходе проведения оперативного вмешательства  
возможно изменение хода оперативного вмешательства \_\_\_\_\_

Пациент:

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

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.

Врач:

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.