

## СОГЛАСИЕ С ОБЩИМ ПЛАНОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

Я, \_\_\_\_\_ года рождения,  
проживающий(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, кем выдан ГУ УУ РФ когда  
выдан \_\_\_\_\_. Находясь на лечении в ООО «Медикал М Групп» ознакомлен(а)  
моим \_\_\_\_\_ лечащим \_\_\_\_\_ врачом

(Ф.И.О.. должность медицинского работника)

с намеченным мне общим планом обследования и лечения. Лечащим врачом мне лично были разъяснены цель, характер, ход и объем планируемого обследования, а также способы его проведения. Я ознакомлен(а) с планом предполагаемого медикаментозного лечения и действием лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами по согласованию с моим лечащим врачом.

Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций. Со мной обсуждены последствия отказа от обследования и лечения. Я получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне обследование и лечение. Мне, согласно моей воле, дали полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого). Я ознакомлен(а) с правилами внутреннего распорядка и лечебно-охранительного режима, установленного в ООО «Медикал М Групп» и обязуюсь их соблюдать.

Я извещен(а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения. Немедленно сообщить врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом приемы любых, непрописанных лекарств.

Я предупреждён(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинских препаратов и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе, о хронических заболеваниях, об аллергических проявлениях и индивидуальной непереносимости лекарственных средств, обо всех перенесенных мной (представляемым) и известных травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого), во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а)

правдивые сведения о наследственности, также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я согласен(а) на осмотр другими медицинскими работниками исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учётом сохранения врачебной тайны.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю согласие на обследование и лечение в предложенном объеме. Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения доверяю своему лечащему врачу

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

Подпись пациента