

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ЛЕЧЕБНУЮ (ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ)
МАНИПУЛЯЦИЮ (ПРОЦЕДУРУ)**

(фамилия, имя, отчество)

находясь на лечении в ГБУЗ "ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого Филиал РД ДЗМ" Отделение
патологии беременности

(наименование лечебно профилактического учреждения)

уполномочиваю врачей _____

_____ (фамилии, имена, отчества)

выполнить мне манипуляцию, процедуру (нужное подчеркнуть)

Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения указанной манипуляции (процедуры).

Мне полностью ясно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения).

Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

(подпись пациента либо его доверенного лица, фамилия, имя, отчество, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента, дата)

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на операцию мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

применяется в соответствии с примерным перечнем диагностических и лечебных исследований (процедур, манипуляций).

Пациент _____ / _____ /