

**ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМЕНИ С.И. СПАСОКУКОЦКОГО ФИЛИАЛ  
РОДИЛЬНЫЙ ДОМ**

(полное наименование лечебно профилактического учреждения)

**СОГЛАСИЕ  
С ОБЩИМ ПЛАНОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ**

(фамилия, имя, отчество)

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

(наименование лечебно профилактического учреждения)

ознакомлен(а) моим лечащим врачом  
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.

Я предупрежден(а), что за грубое нарушение больничного режима могу быть досрочно  
выписан из лечебно профилактического учреждения.

Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения доверяю своему  
лечащему врачу

(фамилия, имя, отчество)

(фамилия, имя, отчество)

Пациент

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

Дата