



## МЧУ «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «РАМБАМ»

127055, гор. Москва, ул. Образцова, д. 11, стр. 2, стр. 5

Тел.: +7(495) 663 23 55

e-mail: info@rimc-rambam.ru

www.rimc-rambam.ru

Лицензия на осуществление медицинской деятельности  
№ ЛО-77-01-012493 от 14 июня 2016 г.

### Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство – физиотерапевтическое лечение

г. Москва

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента)

*Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах  
пациента действует его представитель*

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. представителя пациента)

выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента)

даю информированное добровольное согласие на проведение:

\_\_\_\_\_  
(наименование медицинского вмешательства)

Медицинским работником \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания данного вида медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты проведения указанного медицинского вмешательства, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинского вмешательства. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Мне разъяснен в доступной для меня форме порядок подготовки к данному виду медицинского вмешательства, порядок соблюдения медицинских рекомендаций в период проведения и по окончании проведения медицинского вмешательства и предупрежден о возможных последствиях для моего здоровья при несоблюдении поименованных порядков при проведении данного вида медицинского вмешательства. Мне разъяснены также последствия отказа от данного вида медицинского вмешательства.

**Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах со здоровьем моих (представляемого), хронических заболеваниях, инфицированностью различными возбудителями, в том числе ВИЧ, гепатит, случаях индивидуальной непереносимости лекарств.**

Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного медицинского вмешательства.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне (представляемому) данного медицинского вмешательства врачом Медицинского частного учреждения «Медицинский центр «Рамбам».

Беседу провел врач \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства \_\_\_\_\_ (подпись)

Пациент (представитель пациента) отказался от проведения медицинского вмешательства \_\_\_\_\_ (подпись)