

# ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРЕДЛОЖЕННЫЙ ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

Согласно **информационного** письма  
Департамента здравоохранения  
Краснодарского края от 25.05.2004  
г. № 03-13/14

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

Получил разъяснения по поводу своего заболевания, получил **информацию**: об особенностях течений заболевания, вероятной длительности лечения, вероятном прогнозе заболевания.

Мне предложен план обследования и лечения, даны полные разъяснения о характере, целях и продолжительности возможных неблагоприятных эффектах диагностических процедур, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения.

Я извещен о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных препаратов.

Я извещен, что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема лекарственных препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я извещен о вероятном течении заболевания при отказе от лечения.

Пациент имел возможность задать любые интересующие его вопросы касательно состояния его здоровья и лечения и получил на них ответы.

Я получил информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости.

Беседу провел врач

(Ф.И.О., подпись врача)

Дата

Пациент согласился с предложенным планом лечения, в чем собственноручно расписался

Дата \_\_\_\_\_ или расписался его законный представитель \_\_\_\_\_

(подпись законного представителя)

Дата \_\_\_\_\_

Пациент не согласился, от предложенного лечения отказался, в чем собственноручно расписался

Дата \_\_\_\_\_ или расписался его законный представитель \_\_\_\_\_

(подпись законного представителя)

Дата