



ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на медицинское вмешательство · 2026 год

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

«__» _____ 19__ г. рождения, документ, удостоверяющий личность:

серия _____ № _____, выдан _____

адрес регистрации: _____ телефон: _____

при необходимости согласие дает законный представитель пациента:

(Ф.И.О., статус законного представителя, реквизиты документа, подтверждающего полномочия)

Настоящим, в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», я даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в медицинской организации «МедАльянс».

1. СВЕДЕНИЯ О МЕДИЦИНСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ

Мне в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Виды медицинских вмешательств/медицинских услуг, на которые дается согласие:

№	Медицинское вмешательство / услуга	Отметка
1	Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста	☐ Согласен ☐ Не согласен
2	Сбор анамнеза, измерение основных показателей, физикальное обследование	☐ Согласен ☐ Не согласен
3	Лабораторная диагностика, включая взятие биологического материала	☐ Согласен ☐ Не согласен
4	Инструментальные диагностические исследования (при наличии показаний)	☐ Согласен ☐ Не согласен
5	Профилактические, диагностические и лечебные медицинские манипуляции в пределах лицензии медицинской организации	☐ Согласен ☐ Не согласен
6	Иное: _____	☐ Согласен ☐ Не согласен

2. ИНФОРМАЦИЯ О РИСКАХ И ПОСЛЕДСТВИЯХ

Мне разъяснено, что любое медицинское вмешательство может сопровождаться индивидуальными реакциями и осложнениями. Для диагностических и лечебных процедур характерны риски, противопоказания и возможные осложнения разъясняются медицинским работником до начала конкретного вмешательства с учетом состояния моего здоровья.

При взятии крови/биологического материала возможны боль, дискомфорт, кровоподтек, кратковременная слабость, головокружение и, редко, иные местные или общие реакции.

Я понимаю, что результаты медицинских исследований и предполагаемый результат медицинской помощи не могут быть гарантированы и зависят, в том числе, от индивидуальных особенностей организма.

3. ПРАВА ПАЦИЕНТА

Мне разъяснено право получать в доступной форме информацию о состоянии здоровья, целях и методах медицинского вмешательства, возможных рисках, альтернативных вариантах, последствиях отказа и предполагаемых результатах медицинской помощи.

Мне предоставлена возможность задать медицинскому работнику вопросы и получить на них понятные ответы.

Я понимаю, что вправе отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения в случаях и порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

4. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

Я сообщил(а) медицинскому работнику известные мне сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, аллергических реакциях, принимаемых лекарственных препаратах и иных обстоятельствах, которые могут иметь значение для оказания медицинской помощи.

Я согласен(на) на проведение необходимых медицинских вмешательств в пределах настоящего согласия, медицинских показаний и действующих порядков оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что настоящее согласие оформляется в медицинской документации и может быть отозвано мной в порядке, установленном законодательством.

5. ЗАЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА

Подтверждаю, что получил(а) необходимую информацию о медицинском вмешательстве, понял(а) ее содержание, имел(а) возможность задать вопросы и получил(а) ответы. Согласие дано добровольно, без принуждения.

Согласие действует в период оказания медицинской помощи в медицинской организации «МедАльянс», если иное не указано в медицинской документации или отдельном согласии.

Пациент / законный представитель	_____/_____ подпись / Ф.И.О.
Дата оформления	«__» _____ 20__ г.
Медицинский работник	_____/_____ подпись / Ф.И.О., должность
Дата и время информирования	«__» _____ 20__ г. ____ : ____

Примечание: настоящее согласие является частью медицинской документации пациента. Для конкретных медицинских вмешательств при необходимости оформляются дополнительные специализированные информированные согласия.