

Добровольное информированное согласие (отказ)  
пациента на медицинское вмешательство (лечение)  
(на основе ст.32.33 "Основ Законодательства РФ об охране здоровья граждан")

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО полностью)

\_\_\_\_\_ года рождения, даю согласие (отказ) на предложенное мне  
медицинское вмешательство (лечение): \_\_\_\_\_

Моим лечащим врачом: (ФИО полностью) \_\_\_\_\_

мне были полностью разъяснены характер и цель предложенного медицинского вмешательства  
(лечения), а также все возможные альтернативы такому вмешательству (лечению).

Мне разъяснены возможные отрицательные последствия (побочные действия) медицинского  
вмешательства (лечения) и я полностью понимаю все сказанное моим лечащим врачом.

Я понимаю, что у меня есть право делать выбор в отношении медицинского вмешательства  
(лечения), каждый выбор имеет свои последствия, но я даю согласие (отказ) на данное  
медицинское вмешательство (лечение):

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить  
с моим лечащим врачом все интересующие меня и непонятные мне вопросы, связанные с  
лечением моего заболевания.

На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворяющие меня ответы и у меня не осталось не  
выясненных вопросов к врачу.

Мое согласие (отказ) на медицинское вмешательство (лечение) является свободным и  
добровольным, я не испытываю какого-либо давления при принятии решения о нем.

Подпись пациента (ФИО полностью) \_\_\_\_\_

Подпись врача (ФИО полностью) \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин \_\_\_\_\_