

Информированное добровольное согласие на получение медицинских назначений и лекарственных препаратов

(согласно приказу КР ДСМ -32/2020 МЗ РК от 08.04.2020г)

Я _____, ИИН _____, уд.личности № _____ выдан (не задано) года, домашний адрес Усть-Каменогорск, - получил подробное разъяснение по поводу моего диагноза, предстоящего хирургического вмешательства и вероятной длительности медикаментозного лечения.

Мне даны полные разъяснения по назначенному медикаментозному плану лечения и его возможные варианты, а так же связанные с ними риски и их последствия.

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 непрописанных препаратов.

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

Я получил информацию об альтернативных методах лечения и имел возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся заболевания и лечения, получил на них удовлетворительные ответы.

С предложенным планом лечения согласен или отказываюсь (ненужное зачеркнуть)

дата.

(подпись пациента или его законного представителя)

Врач _____

(печать и подпись лечащего врача)

М.П.