

Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство  
(психиатрическую медицинскую помощь)

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

в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и статей 4, 11 и 28 Закона РФ от 02.07.1992 N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» даю информированное добровольное согласие на осуществление в отношении \_\_\_\_\_

(ФИО пациента)

медицинского вмешательства, а именно психиатрической медицинской помощи в ГБУЗ «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 5» г. Симферополь.

Я ознакомлен (а) с особенностями названного медицинского вмешательства. Я получил (а) информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Информация о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах предоставлена мне врачом в доступной форме, с учетом моего психического состояния.

Я получил (а) подробные пояснения в отношении состояния здоровья и заболевания, осведомлен (а) о последствиях отказа от данного лечения и обследования, об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений (результатов и последствий медицинского вмешательства): аллергические реакции и др. Я имел (а) возможность задать все интересующие вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все интересующие вопросы.

Я даю разрешение лечащему врачу проводить любые диагностические и лечебные мероприятия (в том числе рентгенологические снимки и методы психиатрической психокоррекции), которые он сочтет необходимыми. Мне была предоставлена вся интересующая информация о состоянии здоровья ребенка включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения. Исключений, запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имею. Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма.

Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни. Мне разъяснены основания и цели помещения

(ФИО ребенка)

в психиатрический стационар, установленные в стационаре правила на языке, которым я владею.

Я также даю согласие на обработку и передачу персональных данных и персональных данных ребенка, в объеме и способами, указанными в п.1., 3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания медицинских услуг.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством моего письменного заявления, которое может быть либо направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручено лично под расписку представителю Оператора.

Фамилия, инициалы и подпись законного представителя: \_\_\_\_\_

Фамилия и подпись врача-психиатра: \_\_\_\_\_

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 год Моб тел.: \_\_\_\_\_

*Примечание:*

В соответствии со ст. 4, 11 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» согласие подписывает гражданин, достигший 15-летнего возраста, несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет, а также лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на оказание ему психиатрической помощи, психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей.

Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство  
(обследование и лечение)

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО законного представителя)

Зарегистрированный по адресу

Паспорт:  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
код подразделения \_\_\_\_\_

(Реквизиты документа, подтверждающего право на предоставление интересов ребенка)

Представляющий интересы ребенка \_\_\_\_\_  
(ФИО, дата рождения)

Зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_

Даю добровольное согласие на все виды медицинских вмешательств в ГБУЗ «КЛИНИЧЕСКАЯ  
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №5» г. Симферополь  
Медицинским работником детским психиатром

(должность, ФИО медицинского работника)

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств при амбулаторном обследовании и лечении (осмотр психиатра, клинического психолога, ЭЭГ, назначение медикаментозного лечения; применение не медикаментозных методов лечения, психологическая коррекция, психотерапия, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи)

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 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». (Собрание законодательства Российской Федерации. 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446)

Со мной обсуждены последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

Я получил (а) исчерпывающие и понятные мне ответы на все вопросы и имел (а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное моему ребенку обследование и лечение.

\_\_\_\_\_  
(ФИО законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

Моб тел.: \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 год.