

СОГЛАСИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

Я, _____ год рождения
(фамилия, имя, отчество)

согласен на госпитализацию _____

(моего сына, дочери в возрасте до 15 лет или моей подопечной – указать ф.и.о. пациента)

в психиатрический стационар _____
(наименование)

_____ (подпись пациента (или его законного представителя))

Дата

Врач-психиатр

_____ (фамилия, имя, отчество)

_____ (подпись врача-психиатра)

Учреждения

_____ (наименование)

Тип. «Фирма «Март» (390 2) 22-34-27. Зак. № 13Р-716-12

Приложение № 1
к приказу МЗ РК
от 28.04.06 № 199

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ на медицинское вмешательство

Я, _____ (ф.и.о. гражданина)
уполномочиваю врача(ей) _____ (название лечебного учреждения)
провести медицинское вмешательство _____ (мне, сыну, дочери, опекаемому, др.)

Я информирую(а) о методе и объеме медицинского вмешательства. Мне объяснены и понятны суть заболевания, тяжесть возможных осложнений и опасности, связанные с дальнейшим их развитием. Я предупрежден(а), что не существует абсолютных гарантий благоприятного исхода операции. Понимаю необходимость хирургического лечения и наличие анестезиологического и операционного риска.

Полностью ясными для меня являются следующие положения:

– во время операции могут возникнуть обстоятельства, препятствующие выполнению запланированной операции, или выявиться ситуация, требующая изменения плана операции и анестезии. В такой ситуации врач должен поступить согласно обстоятельствам и предпринять действия, необходимые для достижения наилучшей пользы для здоровья оперируемого;
– во время операции или после нее могут развиваться такие осложнения, как кровотечение, тромбозы сосудов, расхождение швов, нагноение и др., что может потребовать дополнительных медицинских вмешательств.

Я уполномочиваю лечащего врача определить необходимость и выполнить с привлечением специалистов любую процедуру или дополнительное медицинское вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, в том числе переливания компонентов крови, а также в связи с возникновением других ситуаций.

Мне известно, что медицинское вмешательство будет производиться под

_____ (вписать вид обезболивания)
на что я даю свое согласие.
Мне известно о моей повышенной чувствительности к лекарственным препаратам _____

о чем я известил лечащего врача.
Я доверяю информацию о состоянии моего здоровья _____

_____ (ф.и.о. доверенных лиц, адрес, телефон)
Я удостоверяю, что текст информированного отказа мною прочитан, что полученные разъяснения меня удовлетворяют и мне понятно назначение данного документа.

« _____ » 20 ____ г.

Подпись пациента _____ (ф.и.о.)
(его законного представителя)

Подпись лечащего врача _____ (ф.и.о.)