



ООО «ТС Клиника»
350015 г. Краснодар ул. Кузнечная д. 2 офис 91
ИНН 2310213725 КПП 231001001
ОГРН 1192375027107 БИК 040349700
Филиал «Южный» ПАО Банк «Уралсиб»
г. Краснодар к/с 30101810400000000700 р/с
40702810047200000914

**Информированное добровольное согласие
на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)

_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Я, паспорт: _____, выдан: _____

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, попечитель) ребенка:

(Ф.И.О. ребенка – полностью, год рождения)

Находясь на лечении (обследовании) в отделении _____
(название отделения, номер палаты)

Добровольно даю согласие на проведение мне (представляемому):

(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующей на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, п принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения;

- Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода;

- Мне разъяснено, и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (согласна) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению;

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

О последствиях _____

(возможных осложнениях при выполнении анестезии)

и связанных с ними риском информирован (информирована) врачом анестезиологом-реаниматологом:

(Ф.И.О. врача анестезиолога-реаниматолога)

Tsclinic