



THERAPY SURGERY CLINIC

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 оперативное вмешательство

(в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»)

Я \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ года рождения, находясь на лечении (обследовании) в ООО «ТС Клиника», адрес: 350015, город Краснодар, ул. Кузнечная, 2 офис 91, добровольно даю свое согласие на проведение мне операции: \_\_\_\_\_ и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

Подтверждаю, что я ознакомлен (а) с характером предстоящей мне (представляемому) операции. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения, а также, что проводимое лечение не гарантирует 100% результата.

- Мне разъяснено, и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (а) на то, что ход операции и объем вмешательства может быть изменен врачами по их усмотрению.

- Я предупрежден (а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, болевого синдрома, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, аллергические реакции и побочные эффекты лекарственных средств, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

- Я предупрежден(а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

- Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, о факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я согласен(а) на возможную запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны. Я даю согласие на возможное клиническое фотографирование (видеосъемку), понимая, что эти фотографии (видео) останутся собственностью клиники. Если использование этих фотографий может оказаться полезным для научно-медицинских исследований, обучения и повышения хирургических знаний, эти фотографии или связанную с ними информацию можно публиковать в профессиональных журналах или медицинских книгах, или использовать для обучения. Мне разъяснено, что при любых подобных публикациях или использовании мое имя не будет упомянуто.

- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и я добровольно даю свое согласие на хирургическое вмешательство. Дополнительных разъяснений мне не требуется, что удостоверяю своей подписью. Я удостоверяю, что текст мною прочитан, я имел(а) возможность задать вопросы и получил(а) на них ответы, полученные объяснения меня удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа.

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я подписываю настоящее информированное согласие, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя, обладая всей информацией для принятия решения, полностью осознавая, что беру на себя ответственность за принятое мной решение (дачу согласия) относительно проводимого мне медицинского вмешательства.

В случае возникновения экстренной ситуации, я прошу сообщить информацию о состоянии моего здоровья следующим лицам: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_



THERAPY SURGERY CLINIC

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

«\_» \_\_\_\_\_ 20\_ года.

Подпись пациента/законного представителя \_\_\_\_\_/

Расписался в моем присутствии:

Врач: \_\_\_\_\_

*Tsclinic*