

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и лечение в диспансерном отделении**

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

\_\_\_\_\_ года рождения,  
Зарегистрированный по адресу:

В соответствии с п. 1 ст. 4 и п. 1 ст. 11 Закона РФ от 2 июля 1992 г. N 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", а так же статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств и лечение, для получения специализированной медицинской помощи

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. подопечного)

законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

**ОБЛАСТНОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ БЮДЖЕТНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
«ТАМБОВСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»  
врачом – психиатром**

**в доступной для меня форме мне:** 1) 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. 2) даны разъяснения об условиях пребывания в отделении, методах лечения и обследования, назначенных врачом, и включающих в себя:

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и лечение в диспансерном отделении**

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

\_\_\_\_\_ года рождения,  
Зарегистрированный по адресу:

В соответствии с п. 1 ст. 4 и п. 1 ст. 11 Закона РФ от 2 июля 1992 г. N 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", а так же статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств и лечение, для получения специализированной медицинской помощи

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. подопечного)

законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

**ОБЛАСТНОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ БЮДЖЕТНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
«ТАМБОВСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»  
врачом – психиатром**

**в доступной для меня форме мне:** 1) 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. 2) даны разъяснения об условиях пребывания в отделении, методах лечения и обследования, назначенных врачом, и включающих в себя:

- клиническое обследование у врачей специалистов: терапевта, невролога, окулиста, гинеколога и др.
- лабораторные исследования (биохимические и клинические анализы крови и мочи)
- инструментальное исследование (по показаниям)
- физиотерапевтическое лечение
- лечебную физкультуру (общеукрепляющие и специализированные группы)
- психологическое исследование
- психотерапию – краткосрочную, долгосрочную, индивидуальную, семейную, групповую и (или) психологическую коррекцию
- медикаментозную терапию (психофармакотерапия, соматотропная, общеукрепляющая)

3) разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст.6724; 2012, N 26, ст.3442, 3446).

**Мною получена информация** о характере психического расстройства, целях, продолжительности лечения, методах лечебного воздействия, о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах.

**Сведения о выбранных мною лицах**, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и ст 9 Закона РФ от 2 июля 1992 г. N 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в т. ч. после смерти.

*(подпись)*

*(Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)*

*(подпись)*

*(Ф.И.О. врач - психиатр)*

« \_\_\_\_\_ »

*(дата оформления)*

г.

- клиническое обследование у врачей специалистов: терапевта, невролога, окулиста, гинеколога и др.
- лабораторные исследования (биохимические и клинические анализы крови и мочи)
- инструментальное исследование (по показаниям)
- физиотерапевтическое лечение
- лечебную физкультуру (общеукрепляющие и специализированные группы)
- психологическое исследование
- психотерапию – краткосрочную, долгосрочную, индивидуальную, семейную, групповую и (или) психологическую коррекцию
- медикаментозную терапию (психофармакотерапия, соматотропная, общеукрепляющая)

3) разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст.6724; 2012, N 26, ст.3442, 3446).

**Мною получена информация** о характере психического расстройства, целях, продолжительности лечения, методах лечебного воздействия, о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах.

**Сведения о выбранных мною лицах**, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и ст 9 Закона РФ от 2 июля 1992 г. N 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в т. ч. после смерти.

*(подпись)*

*(Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)*

*(подпись)*

*(Ф.И.О. врач - психиатр)*

« \_\_\_\_\_ »

*(дата оформления)*

г.