|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | | к распоряжению | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | | Департамента здравоохранения | | | | | | | | | | | |  | |
| от 14.04.2006г. № 260-р. | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница №67 имени Л.А. Ворохобова Департамента здравоохранения города Москвы»** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
|  |
|  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | **Согласие с общий планом обследования и лечения.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | Я, | | **{patient.full\_name}** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | (фамилия, ими, отчество) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | находясь на лечении в отделении кардиореанимации Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница №67 имени Л.А. Ворохобова Департамента здравоохранения города Москвы» ознакомлен моим лечащим врачом: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
|  |
|  | **{doctor.who}** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (фамилия, имя, отчество) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | с намеченным мне общим планом обследования и лечения. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Лечащим врачом мне лично были разъяснены цель, характер, ход и объем планируемого обследования, а также способы его проведения. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
|  | Я ознакомлен(а) с планом предполагаемого медикаментозного лечения и действием лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачам и консультантами по согласованию с моим лечащим врачом. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  | Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство в соответствии с общим планом обследования и лечения. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
|  | Со мной обсуждены последствия отказа от обследования и лечения. Я получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и и мел (а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне обследование и лечение. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
|  |
|  | Я предупрежден, что за грубое нарушение больничного режима могу быть досрочно выписан из лечебно-профилактического учреждения. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
|  | Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения доверяю своему лечащему врачу: {doctor.who} | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Пациент: | | | | |  | | --- | |  | | **{patient.initials}** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (подпись паписта либо его доверенного липа, Ф, И, О) реквизиты документа, подтверждающего право представлятьинтересы пациента) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Дата: | | | **{date}** | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |