|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 общим планом обследования и лечения**

|  |  |
| --- | --- |
| Я, | **{patient.fullname}** |
|  | (фамилия, имя, 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.short}** | | |
|  | (фамилия, имя, отчество) | | |
| Пациент: | | **{patient.initials}** | |
|  | | (подпись паписта либо его доверенного липа, Ф, И, О) реквизиты документа, подтверждающего право представлятьинтересы пациента) | |
| Дата: | | **{date}** |  |