

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
"Детский нефрологический санаторий №9 Департамента здравоохранения
города Москвы"**

**Информированное добровольное согласие
на оказание медицинской помощи в рамках методов профилактики,
диагностики, лечения и реабилитации**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

" _____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу _____

_____ (адрес места жительства (пребывания) гражданина или законного представителя)

являясь законным представителем _____
(Фамилия, Имя, дата рождения ребенка (полных лет), поступившего в ГКУЗ ДС№9ДЗМ)

даю информированное добровольное согласие на получение медицинской помощи в «ДС №9 ДЗМ», а также сторонних ЛПУ в т.ч. «ГБУЗ ДГП №122 ДЗМ» филиал №1 травматологический пункт, при наличии показаний.

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, цели, метод/ методы оказания медицинской помощи в рамках клинической апробации, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких методов профилактики, диагностики, лечения, реабилитации при оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации или потребовать его (их) прекращения, мне также разъяснены возможные последствия такого отказа, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

Сведения о выбранных мною лицах, которым может быть передана информация о состоянии здоровья моего сына/дочери _____

(Фамилия, Имя ребенка, поступившего в ГКУЗ ДС№9ДЗМ)

законным представителем, которого (ой) я являюсь

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(Подпись) (Фамилия, Имя, Отчество гражданина, родителя или иного законного представителя)

(Подпись) (Фамилия, Имя, Отчество медицинского работника)

" _____ " _____ 20 _____ г
(дата оформления)

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
"Детский нефрологический санаторий №9 Департамента здравоохранения
города Москвы"**

Отказ

**от оказания медицинской помощи в рамках методов профилактики,
диагностики, лечения и реабилитации**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу _____

_____ (адрес места жительства (пребывания) гражданина или законного представителя)

являясь законным представителем _____
(Фамилия, Имя, дата рождения ребенка (полных лет), поступившего в ГКУЗ ДС№9ДЗМ)

Отказываюсь от следующих методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при
оказании медицинской помощи в ДС №9

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

(Подпись) _____ (Фамилия, Имя , Отчество гражданина, родителя или иного законного представителя)

(Подпись) _____ (Фамилия, Имя , Отчество медицинского работника)

" ____ " _____ 20 ____ г
(дата оформления)