

**Інформована добровільна згода пацієнта
на проведення діагностики, лікування та на проведення
операції та знеболення**

Я, _____, одержав (ла)

у комунальному некомерційному підприємстві “Міська дитяча поліклініка №14” Харківської міської ради інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я ознайомлений (а) з планом обстеження і лікування. Отримав (ла) в повному обсязі роз’яснення про характер, мету, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов’язуюсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стан здоров’я дитини). Я проінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров’я.

Мені надали в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров’я, перебігу захворювання і лікування та одержав (ла) на них відповіді.

Інформацію надав лікар _____ “ _____ ” _____ 20__ р. _____
(П.І.Б.) (дата) (підпис)

Я, _____, згодний (а) із запропонованим планом лікування
_____ “ _____ ” _____ 20__ р.
(підпис) (дата)