

Додаток № _____ до медичної карти
стаціонарного (амбулаторного) хворого № _____

ЗГОДА ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВНИКА ПАЦІЄНТА НА МЕДИЧНЕ ВТРУЧАННЯ

Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта _____
відділення _____

Дата народження пацієнта “ _____ ” _____ року.

Прізвище, ім'я, по батькові законного представника _____,
документ, що засвідчує повноваження _____ (свідо-
цтво про народження, рішення суду, рішення органу опіки й піклування)

Я, (прізвище, ім'я, по батькові законного представника), відповідно до ч. 3 ст. 32 Конституції України, п. 2 ст. 285 Цивільного кодексу України, ст. 23 Закону України “Про інформацію”, п. “е” ст. 6, ст. 39 Основ законодавства України про охорону здоров'я, Рішення Конституційного Суду України (справа К. Устименка) від 30.10.1997 року отримав(-ла) медичну інформацію, а саме поінформований(-а) про необхідність проведення пацієнту такого медичного втручання, як _____ в
обсязі _____ та із за-

стосуванням методів _____,
на що надаю інформовану та добровільну (без жодного примусу) згоду, згідно з ч. 3 ст. 284 Цивільного кодексу України, ст. 42, 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я.

Мені особисто була надана достовірна, своєчасна, в повному обсязі і доступній для мене формі інформація про стан здоров'я пацієнта, у тому числі про діагноз, особливості перебігу його захворювання і результати обстеження; про мету досліджень і лікувальних заходів, що йому проводяться; прогноз можливого розвитку захворювання, зокрема і про наявність ризику для життя і здоров'я.

Також мене поінформовано про тривалість рекомендованого лікування, больові відчуття від даного втручання, відомі побічні ефекти втручання, очікувані від нього результати, склад і кваліфікацію медичного персоналу, залученого до проведення медичного втручання. Я отримав(-ла) відомості про альтернативні види втручання та їх результати.

Я зобов'язуюсь стежити за виконанням пацієнтом усіх медичних приписів і рекомендацій лікаря, у тому числі до і після втручання, повідомляти про його самопочуття після виписки із закладу охорони здоров'я при виникненні ускладнень чи непередбачуваних результатів.

Я поінформований(-а) про необхідність дотримування пацієнтом правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я. А також мені відомо, що при порушенні пацієнтом медичних приписів чи правил внутрішнього розпорядку лікуючий лікар має право відмовитись від подальшого його ведення, згідно з ч. 2 ст. 34 Основ законодавства України про охорону здоров'я.

Мені було повідомлено, що під час медичного втручання можуть виникнути непередбачувані обставини й ускладнення, які можуть вплинути на перебіг медичного втручання і вимагатимуть внесення змін до окресленого раніше плану його здійснення. У такому випадку я погоджуюсь на застосування спеціальних заходів, які, на думку лікуючого лікаря, є необхідними для збереження життя і здоров'я пацієнта, з наступним інформуванням про це зацікавленої сторони. Мене також поінформували, що за певних обставин може виникнути потреба у повторних медичних втручаннях.

Мені було надано можливість ставити запитання, які мене цікавлять з приводу проведення медичного втручання, й отримувати на них відповіді у доступній для мене формі. Після отримання вичерпної інформації щодо проведення медичного втручання у мене більше нема запитань до медичного персоналу.

Інформація про вид, характер й обсяг медичного втручання і його можливі ускладнення, а також про медико-соціальні, психологічні й економічні його наслідки була надана мені в особистій розмові з лікуючим лікарем пацієнта о _____ год. _____ хв. "____" _____ 200__ р.

Інформування мало попередній характер, і у мене було достатньо часу, щоб обміркувати запропонований варіант надання медичної допомоги, в тому числі необхідність проведення відповідного медичного втручання.

Я ознайомлений(-а) з усіма пунктами цього документа і погоджуюсь з ними. Підписуючи цей документ, я даю згоду на медичне втручання і прошу лікуючого лікаря і весь медичний персонал закладу охорони здоров'я про проведення необхідного пацієнту медичного втручання на належному рівні, з дотриманням його конституційного права на охорону здоров'я.

Дата підписання документа:

" _____ " _____ 200__ р.

Підписи зацікавлених сторін:

Законний представник пацієнта	(прізвище, ініціали)
Лікуючий лікар	(прізвище, ініціали)
Службова особа закладу охорони здоров'я (чи черговий лікар)	(прізвище, ініціали)