

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента либо законного представителя пациента)

« _____ » _____ года рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения пациента либо законного представителя пациента)

_____ ,
(адрес регистрации пациента либо законного представителя пациента)

проживающий по адресу: _____ ,
(указывается в случае проживания не по адресу регистрации)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (виды медицинского вмешательства) (нужное подчеркнуть) при оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (далее соответственно — Согласие, клиническая апробация) в отношении

_____ ,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, в отношении которого Согласие дает законный представитель пациента)

« _____ » _____ года рождения (заполняется при даче Согласия
(дата рождения пациента, в отношении которого Согласие
дает законный представитель пациента)

законным представителем пациента), законным представителем которого я являюсь,

в _____
(полное наименование медицинской организации или иной организации, осуществляющей наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, подведомственной федеральным органам исполнительной власти)

согласно протоколу клинической апробации _____
(идентификационный номер и дата протокола)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, применяемые при оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации, в том числе ранее не применявшиеся _____

_____ ,
(названия ранее не применявшихся методов, на которые дается Согласие)

связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, в том числе прогнозируемые осложнения, указанные в конкретном протоколе клинической апробации, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи в рамках клинической апробации. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких (всех) видов медицинских вмешательств при оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации на любом этапе ее оказания (в том числе в случае, если было оформлено Согласие) или потребовать его (их) прекращения.

Неоправданные ожидания Пациента по эстетическому изменению тела не являются основанием для возврата денежных средств по договору об оказании платных медицинских услуг.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, номер телефона)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента либо законного представителя пациента, номер телефона)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« _____ » _____ Г.
(дата оформления)