*(наименование медицинской организации)*

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**  
**НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО (психиатрическую медицинскую помощь)**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,          *(Ф.И.О. пациента, либо законного представителя)*

в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровьяграждан в Российской Федерации» и статей 4, 11 и 28 Закона РФ от 02.07.1992 N 3185-1 «О психиатрической помощи игарантиях прав граждан при ее оказании» **даю информированное добровольное согласие на осуществление вотношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_медицинского вмешательства,**  
                        *(Ф.И.О. пациента, либо слово «меня»)*  
**а именно психиатрической медицинской помощи в** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование медицинской организации психиатрического профиля)*

Я ознакомлен (а) с особенностями названного медицинского вмешательства.  
Я  получил (а) информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможныхвариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.  
Информация о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемыхрезультатах предоставлена мне врачом в доступной форме, с учетом моего психического состояния.  
Я получил (а) подробные пояснения в отношении состояния моего здоровья и моего заболевания, осведомлен (а) опоследствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях,которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства и понимаю, что существует определеннаястепень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений (результатов и последствий медицинскоговмешательства):  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  
- аллергические реакции и др.  
Понимая важность предстоящего лечения, я обязуюсь приходить на контрольные осмотры и следить за состоянием своего здоровья самостоятельно.  
Я осведомлен (а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств.  
Я согласен (а) на применение анестезии и соответствующих лекарственных препаратов и анестетиков за исключением: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*указать какие, либо: без исключений).*

Я имел (а)  возможность  задать  все  интересующие вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все интересующие вопросы.  
Я даю разрешение моему лечащему врачу проводить любые диагностические и лечебные мероприятия (в том числе рентгенологические снимки и методы психиатрической психокоррекции), которые он сочтет необходимыми.  
Мне была предоставлена вся интересующая информация о состоянии моего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.  
Исключений, запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имею.  
Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.  
Мне разъяснены основания и цели помещения в психиатрический стационар, установленные в стационаре правила на языке, которым я владею.  
Я разрешаю передать информацию о моем нахождении на лечении и состоянии моего здоровья следующим лицам: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  
Я также даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных и персональных данных моего ребенка, в объеме и способами, указанными в п.1., 3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания медицинских услуг.  
   
*Фамилия, инициалы и подпись пациента:*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
   
*Фамилия и подпись врача-психиатра:*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
   
Дата: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  20 \_\_  г.

   
***Примечание:***  
В соответствии со ст. 4, 11  Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» согласие подписывает гражданин, достигший 15-летнего возраста, несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет, а также лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на оказание ему психиатрической помощи, психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей.