



Лицензия МЗ РО № ЛО-61-01-004974 от 11.02.2016 г.,  
выдана Министерством здравоохранения Ростовской области,  
344029, г. Ростов-на-Дону, ул. 1-й Конной армии, д. 33, тел.: 8-(863)-242-41-09

ООО "Мобильная медицина", 344010, г. Ростов-на-Дону, ул. М.Горького, д.130, 2 этаж,  
тел.: 8-(863)-201-50-17, 8-(863)-201-50-19, режим работы: пн.-сб.: 8<sup>00</sup>-19<sup>00</sup>, вс.: 9<sup>00</sup>-15<sup>00</sup>  
ИНН/КПП/ОГРН 6163126843/616301001/1126195013229

Приложение № 4  
к приказу ООО «Мобильная Медицина»

### Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства

Согласно статье 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации",

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью)  
\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

Находясь на лечении (обследовании) ООО «Мобильная медицина» добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) \_\_\_\_\_

(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (лицу мной представляемому) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (лицу мной представляемому) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (лицу мной представляемому) делать во время его проведения;

- Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода.

- Мне разъяснено и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (согласна) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению.

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

О последствиях \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (возможных осложнениях при выполнении анестезии)  
и связанных с ними риском информирован (информирована) врачом анестезиологом-реаниматологом:

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество врача анестезиолога-реаниматолога)

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года. Подпись пациента/законного представителя \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_  
(Должность, И.О. Фамилия)

