Информированное добровольное согласие на оказание медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации

в БУЗ УР «РДКБ МЗ УР»

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      Я, |  |
| (Ф.И.О. гражданина) |
|  |
| " |  | " |  | г. рождения, зарегистрированный по адресу: |  |
|  |
| (адрес места жительства (пребывания) гражданина либо законного представителя) |
|  |
| даю информированное добровольное согласие на получение медицинской помощи в рамках клинической апробации/на получение медицинской помощи в рамках клинической апробации лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) |
| в  |  |
| (полное наименование медицинской организации) |
|  |
| Медицинским работником  |  |
|  | (должность, Ф.И.О. медицинского работника) |
|  |
| в доступной для меня форме мне разъяснены методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, цели, метод/методы оказания медицинской помощи в рамках клинической апробации, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации или потребовать его (их) прекращения, мне также разъяснены возможные последствия такого отказа, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). |
|      Сведения о выбранных мною лицах, которым может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) |
|  |
| (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон) |
|  |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. гражданина, родителя или иного законного представителя гражданина) |
|  |  |  |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. медицинского работника) |
|  |  |  |
| " |  | " |  | г. |  |
| (дата оформления) |  |