

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО  
в условиях распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19**

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г. рожд-я,  
(Ф.И.О. пациента полностью, дата рождения)

Зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

именуемый(ая) в дальнейшем Пациент, в соответствии со ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», настоящим заявлением выражаю добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство в условиях распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19, проводимое в ООО Клиника профессора Здановского (далее – Клиника), и прошу персонал Клиники о проведении всех необходимых медицинских манипуляций.

**1. Я подтверждаю, что в доступной и понятной для меня форме получил(а) нижеследующую информацию:**

- о сути коронавирусной инфекции COVID-19 и опасности, связанной с дальнейшим развитием этого заболевания;
- что при получении медицинской помощи в период распространения новой коронавирусной инфекции я буду входить в группу риска инфекционных и иных заболеваний;
- что мне рекомендовано перенести медицинское вмешательство на период после окончания распространения новой коронавирусной инфекции.

**2. Мне даны разъяснения, которые мною осознаны и понятны:**

- о планируемой тактике и объеме медицинских мероприятий;
- о возможности предоставления бесплатных медицинских услуг в государственных и муниципальных организациях здравоохранения в рамках государственных программ получения бесплатной медицинской помощи;
- о необходимости проинформировать врача обо всех известных мне данных о состоянии моего здоровья и здоровья ближайших родственников, в том числе об имеющейся в анамнезе патологии, перенесенных или имеющихся заболеваниях, инфекциях, аллергических реакциях, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в семье, а также иных факторах, которые могут повлиять на результат оказания медицинских услуг;
- об ограничении в посещении работы, учебы, магазинов, аптек, общественного транспорта, иных общественных мест и массовых скоплений людей, об ограничении контактов с третьими лицами;
- что при невозможности избежать кратковременного контакта с третьими лицами нужно в обязательном порядке использовать медицинскую маску;
- о соблюдении врачебных и санитарных предписаний, а так же предписаний, которые будут выданы мне медицинскими работниками в течение всего срока лечения;
- что при первых признаках ухудшения самочувствия (повышение температуры, кашель, затрудненное дыхание) необходимо вызвать врача на дом, проинформировать своего лечащего врача клиники и не допускать самолечения;
- что для получения лучших результатов лечения мною должны исполняться все назначения, рекомендации и советы врачей;
- что отказ от выполнения назначений и рекомендаций врачей, необходимого лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное бесконтрольное самостоятельное лечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья;
- о возможности прерывания лечения на любом этапе в случае обнаружения у меня заболевания коронавирусной инфекцией.

**3. Я подтверждаю:**

- что внимательно прочел (прочла) текст настоящего заявления и понял(а) всю информацию, предоставленную мне сотрудниками Клиники;
- что имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие меня или непонятные мне вопросы в области медицины;
- что на все заданные вопросы я получила(а) удовлетворившие меня ответы;
- что, несмотря на рекомендации отложить медицинское вмешательство на период после окончания распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19, я принял(а) решение получить медицинскую помощь именно в настоящий момент;
- я информирован(а) о том, что в настоящее время современная наука и медицинская практика не располагают достаточным количеством наблюдений, чтобы категорично утверждать об отсутствии каких-либо вредных последствий COVID-19 на развитие эмбриона/плода и течение беременности.
- что обязуюсь в период распространения новой коронавирусной инфекции соблюдать режим, рекомендованный Минздравом РФ, Роспотребнадзором и лечащим врачом клиники.

**Получив полную информацию о целях, методах медицинского вмешательства, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а так же о предполагаемых результатах, я добровольно и осознанно принимаю решение и даю добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство в условиях распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19.**

**Подписи:**

Пациент: \_\_\_\_\_  
(Фамилия И.О.) (Дата) (Подпись)

Медицинский  
работник:

\_\_\_\_\_  
(Должность, Фамилия И.О.) (Дата) (Подпись)