

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, (ФИО пациента) даю
информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство – оперативное лечение

Лазерная коррекция зрения методом LASIK
(вид оперативного лечения)

предложенное мне, *гражданину, чьим законным представителем я являюсь*
(ненужное зачеркнуть).

Медицинское вмешательство необходимое для оказания медицинской помощи и осуществляемое
в **ООО «Орловская Глазная Клиника»**.

Медицинским работником: врачом офтальмологом Алексеевым Андреем Александровичем
(должность, ФИО лечащего врача или медицинского работника, участвующего в оказании
медицинской помощи)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи,
связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, в том числе
оперативное лечение, 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 видов медицинских
вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения,
за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21
ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
(собрание законодательства РФ, 2011, №48, ст. 6724, № 26, ст.3442, ст. 3446).

_____ (ФИО пациента)/(ФИО законного представителя)
(подпись)

_____ (Специальность лечащего врача), (ФИО лечащего врача)
(подпись)

(дата оформления)