Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я ***МОЗ України*** Найменування та місцезнаходження закладу охорони здоров'я: ***МЦ LAVMED (ФОП Лисенко С.С.) Адреса: Україна, 25000, Кропивницький, вул. Героїв Рятувальників 1-А*** Код за ЄДРПОУ 3 5 8 7 2 0 3 6 9 8	**МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** Форма первинної облікової документації **№ 003-6/о** **ЗАТВЕРДЖЕНО** Наказ МОЗ України 14 лютого 2012 року № 110 (У редакції наказу МОЗ України від 09 грудня 2020 року № 28370

1. ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Я,_____ , одержав(ла)

від _____ ***МЦ LAVMED*** _____
(найменування закладу охорони здоров'я)

інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я ознайомлений(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про характер, мету, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стану здоров'я дитини). Я поінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надали в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та одержав(ла) на них відповіді.

Інформацію надав лікар Лисенко С.С. « ___»_____20__року _____
(дата)
(підпис)

Я, _____ , згодний(на) з планом обстеження мене (моєї дитини) та згодний(а) із запропонованим планом лікування.

_____ «____»_____ 20___ року
(підпис пацієнта (законного представника)) (дата)

Я, _____ознайомлений(а) з умовами Публічного договору-оферти, повністю їх розумію та приймаю. З умовами договору можу ознайомитися на сайті lavmed.kr.ua або в медичному центрі LAVMED. Підписання цього документа підтверджує мою згоду з умовами договору.

_____ «____»_____ 20___ року
(підпис пацієнта (законного представника)) (дата)