

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство при оказании медицинской помощи
в рамках клинической апробации методов профилактики,
диагностики, лечения и реабилитации

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента
либо законного представителя пациента)

"__" _____ года рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения пациента
либо законного
представителя пациента)

_____,
(адрес регистрации пациента либо законного представителя пациента)
проживающий по адресу: _____,
(указывается в случае проживания
не по адресу регистрации)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
(виды медицинского вмешательства) (нужное подчеркнуть) при оказании
медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики,
диагностики, лечения и реабилитации (далее соответственно – Согласие,
клиническая апробация) в отношении _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, в отношении
которого Согласие дает законный представитель пациента)
"__" _____ года рождения (заполняется при даче Согласия
(дата рождения пациента,
в отношении которого Согласие
дает законный представитель
пациента)

законным представителем пациента), законным представителем которого я
являюсь, в ООО МИЦ "Лада-Эстет", согласно протоколу клинической апробации

(идентификационный номер
и дата протокола)

Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)
медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы профилактики,
диагностики, лечения и реабилитации, применяемые при оказании медицинской
помощи в рамках клинической апробации, в том числе ранее не применявшиеся

_____,
(названия ранее не применявшихся методов, на которые дается Согласие)
связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, его
последствия, в том числе прогнозируемые осложнения, указанные в конкретном
протоколе клинической апробации, а также предполагаемые результаты оказания
медицинской помощи в рамках клинической апробации. Мне разъяснено, что я
имею право отказаться от одного или нескольких (всех) видов медицинских
вмешательств при оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации
на любом этапе ее оказания (в том числе в случае, если было оформлено
Согласие) или потребовать его (их) прекращения.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым)
в соответствии с [пунктом 5 части 5 статьи 19](#) Федерального закона от 21
ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской
Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или
состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное
зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, номер телефона)

(подпись) _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента
либо законного представителя пациента, номер телефона)

(подпись) _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

"__" _____ г.
(дата оформления)