

Приложение № 2 к приказу
Министерства здравоохранения
Российской Федерации от
21 июля 2015 г. № 474н

Форма

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

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,

_____ ФИО _____ законным
представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)
в **краевом государственном общеобразовательном бюджетном учреждении**
«Владивостокская специальная (коррекционная) общеобразовательная школа- интернат»
(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)

(дата оформления)

