

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение биопсии молочной железы

Я, _____, даю согласие на проведение _____ по моему добровольному желанию и прошу провести мне все необходимые исследования, связанные с диагностикой моего заболевания.

1. Мне разъяснены содержание и последовательность диагностического исследования. Я получила информацию о стоимости предстоящего обследования, о правилах его оплаты и документах, подтверждающих этот факт.
2. Я доверяю врачу и сотрудникам кабинета проведение биопсии молочной железы.
3. Я информирована об альтернативных методах диагностики и преимуществах биопсии молочной железы перед ними.
4. Мне разъяснено, что в ходе выполнения исследования может возникнуть необходимость в расширении обследования. Я доверяю врачу принять соответствующее решение и выполнить действия, которые он сочтет необходимыми для верификации диагноза. В случае моего отказа врачи отделения маммологии не несут ответственности за результат исследования.
5. Я заявляю, что изложил врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья, беременности, в том числе предполагаемой, проведенных мне оперативных вмешательствах, что отражено в заполненной мною анкете.
6. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие по проведению лучевой диагностики в соответствии со статьей 30, 32, 32, 33 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 1.12.2004 №151-ФЗ.
7. Содержание настоящего документа и прилагаемой анкеты мной прочитано и разъяснено мне сотрудниками отделения, оно мне полностью понятно, что я и удостоверяю своей подписью.
8. Всю ответственность за несоответствие сведений, которые я должен сообщить в пунктах 4 и 5 настоящего документа и прилагаемой анкете принимаю на себя.

Согласно Федеральному закону «Об информации, информатизации и защите информации» от 20.02.1995г №24-ФЗ все персональные данные пациента получают от самого пациента и от третьих лиц с письменного согласия на их получение. Не допускается сообщение персональных данных пациента третьей стороне без письменного согласия пациента, за исключением случаев предусмотренных законодательством РФ.

Подпись пациента (с 15 лет) _____ « ____ » _____ 201__ г.

Подпись законного представителя _____ « ____ » _____ 201__ г.

Бланк проверен, врач _____ « ____ » _____ 201__ г.