

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 **Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный центр спортивной медицины Федерального медико-биологического агентства»**

(полное наименование медицинской организации или иной организации, осуществляющей наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, подведомственной федеральным органам исполнительной власти) 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)