



- Объем выдаваемого гистологического материала определяет лечебное учреждение;
- Я предупрежден об обязательном возврате гистологического материала в лечебное учреждение.
- Я ознакомлен с перечнем и стоимостью медицинских услуг (манипуляций):
- Я подтверждаю, что достаточно информирован об альтернативных возможностях их получения аналогичных медицинских услуг(манипуляций), в том числе медицинских вмешательствах в других лечебных учреждениях;
- Я извещен о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, непрописанных лекарств;
- Я предупрежден и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнит процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
- Я поставил в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, об всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах;
- Я сообщил правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- Я согласен на заполнение персонализированного вопросника по оценке качества жизни, осмотр проведение иных необходимых мне профилактических, диагностических и лечебных мероприятий другими медицинскими работниками, аспирантами, клиническими ординаторами, интернами, слушателями циклов повышения квалификации и студентами медицинских вузов и колледже исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайной;
- Я ознакомлен и согласен со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение предложен ном объеме.  
(Разрешаю в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести характере моего заболевания моему родственнику- законному представителю, гражданину/ке

---

Для оперативной связи со мной представителей медицинского учреждения прошу использовать  
Телефон \_\_\_\_\_ адрес электронной  
почты \_\_\_\_\_

иной вид

связи \_\_\_\_\_

Пациент \_\_\_\_\_ (подпись пациента/(законного представителя)).

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_ (подпись)

Подтверждаю сведения, изложенные в пункте 1 согласия \_\_\_\_\_