УФ-18, версия 1

**Информированное добровольное согласие**
**на забор крови из вены в ООО «Антериор»**

Я,_____(ФИО)
в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», **даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, т.е. на оказание мне следующих медицинских услуг: забор крови из вены**

Я понимаю, что данная манипуляция связана с дискомфортом и возможными болевыми ощущениями в месте пункции.
Я проинформирован (а) о том, что после забора крови могут возникнуть такие осложнения как:
- появление подкожной гематомы (кровоизлияния) в месте пункции
- воспаление мягких тканей в месте пункции в результате инфицирования
- развитие локального флебита (воспаления участка вены) в месте венепункции
- повреждение нерва в результате его укола или сдавливания образовавшейся гематомой.

Я также проинформирован (а) о возможности проведения повторной венепункции в связи с техническими сложностями, возникшими при заборе крови из вены.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.
Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.
Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.
Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

*Примечание: В соответствии со ст. 20. Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего возраста, а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.*

Врач: _____/_____
фио подпись

Пациент: _____/_____
фио подпись

Дата: _____20____г