

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ВЫПОЛНЕНИЕ
МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ С ВНУТРЕВЕННЫМ ВВЕДЕНИЕМ
КОНТРАСТНОГО ПРЕПАРАТА**

Я, _____, _____ г. рождения, проживающий по адресу: _____, даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, в отношении определенного вида медицинского вмешательства, предложенное мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

проживающему по адресу:

(адрес места жительства гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

необходимое для проведения исследования МРТ в связи с имеющимся заболеванием (состоянием), осуществляемое в ООО «ЦЕНТР ДИАГНОСТИКИ ЗЕЛЕНОГРАД» медицинским работником МРТ _____.

Я поставил в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях.

Я предупрежден о факторах риска и понимаю, что проведение медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе медицинского вмешательства и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от определенного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст.6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).