

Міністерство Охорони здоров'я України  
Департамент охорони здоров'я Запорізької міської ради  
ФОП Євдокимов Валерій Олександрович  
м. Запоріжжя, пр. Металургів, 2, оф. 109  
ІПН 3114220074

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  
Форма первинної облікової документації № 003-б/о  
Затверджена Наказ МОЗ України 14.02.12 р. №110  
(у редакції наказу МОЗ України від 08.08.14 р. № 549)

## **ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА НА ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ**

Я, \_\_\_\_\_ одержав(ла)  
у медичному кабінеті лікаря-невропатолога вищої категорії **ФОП Євдокимова Валерія Олександровича**  
інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я ознайомлений(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про характер, мету, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стану здоров'я дитини). Я поінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надали в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та одержав(ла) на них відповіді.

Інформацію надав лікар Євдокимов В.О. \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 року

Я, \_\_\_\_\_, згодний(а) із запропонованим планом лікування

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 року \_\_\_\_\_ підпис