ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ЗАБОР БИОМАТЕРИАЛА ДЛЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.

Я,Имя пациента Отчество пациента Фамилия пациента ,г.рГод рождения пациента даю добровольное согласиена проведение следующих манипуляций в ООО"Семейный доктор"

- Забор венозной крови лабораторное исследование да нет
- Забор мазков на микроскопическое исследование да нет
- Забор кала,мочи и других биосред на исследование да нет

Мне в доступной и понятной форме разъяснены правила подготовки к лабораторным исследованиям и возможные погрешности при их несоблюдении.Вероятные риски манипуляций при заборе биоматериала:боль или дискомфорт при введении иглы;гематома в области пункции вены,развитие локального флебита в месте манипуляции,кровотечение;обморок; болезненность в при введении урогенитального зонда и тампона и при мочеиспускании после забора мазка из уретры;аллергическая реакция на дезинфицирующее средство.Я также принформирован о возможности повторного забора биоматериала в связи с техническими сложностями в процессе выполнения анализов.
В случае отсутсвия направления от врача,я подтверждаю.что согласен (-а) на проведение исследований ,указанных в фискальном чеке и претензий по обоснованности их выполнения предъявлять не буду.Я утверждаю,что все интересующие меня вопросы мною заданы,все полученные ответы и разъяснения персонала мною поняты,возможный риск предстоящих манипуляций мною осознан.Любую информацию о результатах моих лабораторных исследований разрешаю выдать следующим лицам:

Ф.И.О._____ Степень родства_____

адрес электронной почты (по запросу)_____

Подпись пациента_____ Текущая дата