

Додаток  
до Протоколу «Надання  
медичної допомоги для  
лікування коронавірусної  
хвороби «COVID-19»

**ФОРМА**

**інформованої згоди пацієнта на проведення діагностики та лікування згідно з  
Протоколом «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби  
«COVID-19»**

<p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я</p> <hr/> <hr/>	<p><b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b></p>																							
<p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма</p> <hr/>		<p><b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b></p> <p>Наказ МОЗ України</p>																						
<p>Код за ЄДРПОУ</p> <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>№</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									№			
								№																

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА**  
**НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ЗГІДНО ІЗ ПРОТОКОЛОМ**  
**«Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби «COVID-19»**

Я, \_\_\_\_\_, одержав(ла)

у \_\_\_\_\_

(найменування закладу  
охорони здоров'я)

інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Мені надано інформацію щодо можливості застосування Протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби «COVID-19» для проведення діагностики та лікування мого (моєї дитини) захворювання та роз'яснено особливості застосування лікарських засобів.

Засвідчую свою згоду на застосування Протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби «COVID-19»

(підпис) \_\_\_\_\_ ПІБ \_\_\_\_\_

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 (стан здоров'я дитини). Я проінформований(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.

Я погоджуюсь із використанням та обробкою моїх персональних даних за умови дотримання їх захисту відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних».

Інформацію  
надав лікар

\_\_\_\_\_

“\_\_\_”

\_\_\_\_\_ 20\_\_ року

\_\_\_\_\_

(П.І.Б.)

(дата)

(підпис  
)

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

<p>_____</p> <p>_____</p>		<p>“___” _____ 20__ року</p>
<p>(підпис)</p>		<p>(дата)</p>