

Приложение N 5
к приказу Комитета здравоохранения
Правительства Москвы
от 30 декабря 1998 г. N 688

Согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства

Я _____
(Фамилия, имя, отчество)
_____ года рождения, проживающий (ая) по адресу: _____

находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в отделении
_____ (название лечебного учреждения, отделения, номер палаты)

добровольно даю свое согласие на _____
_____ (название вида обезболивания, возможность изменения
анестезиологической тактики)

О последствиях _____
(возможных осложнениях при выполнении анестезии)
и связанным с ними риском информирован (а) врачом
анестезиологом-реаниматологом _____
(фамилия, имя, отчество)

" " _____ г. Подпись пациента _____

Расписался в моем присутствии:
Врач анестезиолог-реаниматолог _____ (подпись) _____