



м-н Сонячний, 59

+38 (056) 404-57-97

+38 (067) 632-66-17

+38 (050) 319-66-17

вул. Пушкіна, 13 о

+38 (056) 409-57-57

+38 (098) 410-57-57

Пункти забору біоматеріалу:

вул. Маршака, 1 а, +38067 558 89 67

вул. Мусоргського, 32 а, +38067 558 89 66

вул. Сергія Колачевського, 55, +38067 558 89 68

вул. Володимира Великого, 21, +38067 558 89 64

вул. Поперечна, 1 а, +38067 558 89 65

вул. Святогеоргіївська, 8 а, +38067 558 89 61

вул. Алмазна, 10 а, +38067 558 89 62

Достовірна діагностика - ефективне лікування

Додаток до протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)»

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Найменування та місце знаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма ТОВ «МЕДИКОМ КРИВБАС» м. Кривий Ріг, вул Пушкіна, 13о Код за ЄДРПОУ 38256191	

ІНФОРМАТИВНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ЗГІДНО ІЗ КЛІНІЧНИМ ПРОТОКОЛОМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ «COVID-19»

Я, _____, одержав(ла)

у **ТОВ «МЕДИКОМ КРИВБАС» ЛДЦ**

(найменування закладу охорони здоров'я)

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

Мені надано інформацію щодо можливості застосування нового клінічного протоколу для проведення діагностики та лікування мого (моєї дитини) захворювання та роз'яснено різницю між уніфікованим та новим клінічним протоколом.

Засвідчую згоду на застосування нового клінічного протоколу.

«Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)»

(назва нового клінічного протоколу)

Я ознайомлений(на) 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(на), 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__ р. _____
(П.І.Б.) (дата) (підпис)

Я, _____, згодний із запропонованим планом лікування

_____ «____» _____ 20__ р.
(підпис) (дата)

ТЕЛЕФОН БАГАТОКАНАЛЬНОЇ ЛІНІЇ

0 800 307 300

www.mkom.com.ua

Клініко-діагностична лабораторія

e-mail: info@mkom.com.ua

Результат аналізу не є діагнозом та потребує консультації лікаря

Ліцензія МЗО України № 809 від 04.08.2016 р.