

ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი

ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი
პირის/დაწესებულების დასახელება

ფორმა №IV-200-8/ა

პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურების
გაწევაზე

მე
(სახელი, გვარი)

მივიღე ინფორმაცია სამედიცინო მომსახურების გაწევის შესახებ. მკურნალმა ექიმმა გამაცნო სამედიცინო მომსახურების მიზანი, მისი მიმდინარეობა, თავისებურებანი და შესაძლო გართულებები. ასევე ჩემთვის ცნობილია სამედიცინო მომსახურებაზე უარის შემთხვევაში დამდგარი შედეგის შესახებ.

პაციენტის (ან პაციენტის კანონიერი წარმომადგენლის)

ხელმოწერა _____

მე, ექიმი _____
(სახელი, გვარი)

ვადასტურებ, რომ პაციენტს პასუხი გაეცა ყველა შეკითხვაზე, რაც შეეხება მის ჯანმრთელობას, დაავადებას, მკურნალობას. ასევე მიიღო პასუხი მკურნალობის ალტერნატიულ მეთოდებზე და მის ღირებულებაზე.

ხელმოწერა _____

თარიღი „-----“ -----