**ОБРАЩЕНИЕ К ПАЦИЕНТУ**

**Государственного казенного учреждения здравоохранения «Тверской областной клинический противотуберкулезный диспансер» (ГКУЗ ТО «Тверской ОКПТД»)**

**Уважаемый пациент**, Вам предстоит пройти обследование и лечение в нашем учреждении.

Надеемся, что предоставленная Вам информация заложит основу нашего дальнейшего взаимопонимания и сотрудничества.

В нашем учреждении Вам будут предоставлены современные методы обследования, необходимые для оценки Вашего состояние здоровья и выявления имеющихся заболеваний.

Всю информацию о результатах обследования, характере заболевания, возможных вариантах и прогнозе лечения Вы можете получить у своего лечащего врача и/или заведующего отделением.

Все диагностические и лечебные манипуляции будут осуществлены только с Вашего согласия. Вся информация для принятия Вами решения будет предоставлена лечащим врачом.

Информируем Вас, что согласно действующему законодательству информированное добровольное согласие гражданина и договор оказания медицинских услуг должны быть соответствующим образом оформлены в медицинской документации.

Вы имеете права отказаться от той или иной диагностической или лечебной процедуры кроме случаев предусмотренных ст. 20 п. 9 Федерального закона РФ от 21 ноября 2011г. № 323 -ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В этом случае Ваш письменный отказ так же должен быть соответствующим образом оформлен в медицинской карте стационарного (амбулаторного) больного.

Ваш отказ не будет иметь административных последствий, однако он может повлиять на правильность установленного диагноза и послужить причиной снижения эффективности либо полной неэффективности проводимого Вам лечения.

Информируем Вас, что в случаях несоблюдения пациентом предписаний или правил внутреннего распорядка учреждения лечащий врач может обратиться в прокуратуру и/или органы внутренних дел, а также может отказаться от наблюдения и лечения пациента в соответствии с законодательством РФ.

Вся информация, содержащаяся в медицинских документах пациента, составляет врачебную тайну и может предоставляться без Вашего согласия только по основаниям, предусмотренными законодательством РФ.

Вы имеете право запретить предоставление информации о Вашем здоровье членам Вашей семьи.

В связи с вышеизложенным, просим Вас указать лицо, которому должна быть передана информация о состоянии Вашего здоровья.

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью, указать родственные или иные отношения)

Ф.И.О. пациента(ки)/законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (полностью)

подпись                                                                           «\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_ г.\_

**Коллектив ГКУЗ ТО «Тверской ОКПТД» желает вам успешного лечения и скорейшего выздоровления!**