

**SIA Medicīnas sabiedrība "ARS"**

Kods: 0100-64801

Adrese: Skolas iela 5, Rīga, Latvija, LV-1010

Reģistratūra: +371 67201007

e-pasts: ars@ml.lv

www.ars-med.lv



**Medical company "ARS", Ltd**

Code: 0100-64801

Address: 5 Skolas street, Riga, Latvia, LV 1010

Reception: +371 67201007

e-mail: ars@ml.lv

www.ars-med.lv

---

---

**Согласие пациента на проведение медицинской процедуры –**

**фиброгастроскопии**

**Имя, фамилия** \_\_\_\_\_

**Персональный код** \_\_\_\_\_

Я (или опекун пациента) \_\_\_\_\_

своей подписью подтверждаю, что получил/-а информацию о планируемой процедуре от медсестры/врача.

Я проинформирован/-а, что в редких случаях во время обследования могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, которые могут повлиять на ход обследования.

Я проинформирован/-а, что в редких случаях во время обследования могут возникнуть осложнения (выраженные боли в животе, кровотечение, разрыв органов), которые потребуют стационарного лечения или хирургического вмешательства.

Я проинформирован/-а, что во время обследования применяются успокаивающие медикаменты, которые оказывают влияние на способность концентрироваться и выполнять работу, поэтому я подтверждаю, что в течении 12 часов после седации (употребления медикаментов) я не буду управлять транспортным средством; я не буду выполнять работы, где требуется концентрация и может возникнуть угроза моему здоровью или жизни, или здоровью и жизни людей, находящихся рядом; а также я не буду работать с опасными, механическими и электрическими устройствами, не буду подписывать документов, не буду употреблять алкоголь.

Я проинформирован/-а о стоимости обследования и консультации и готов/-а покрыть данные расходы в определённом размере и порядке.

Я получил/-а один экземпляр описания процедуры.

Подпись \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_