

	ГКП на ПХВ <b>"Ленгерская городская поликлиника"</b> УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 1 из 1

  
 «Утверждаю»  
 Руководитель  
 ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника"  
 УЗ Туркестанской области  
 Чалкаров А.Б. \*  
 «\_\_» \_\_\_\_\_ 2024г.

### Информированное добровольное согласие на суточное мониторирование АД

Я \_\_\_\_\_

Осведомлен (а)

Мне в доступной и понятной форме разъяснены правила подготовки к СМАД исследованию. В назначении направления от врача, я подтверждаю, что согласен (а)

с рекомендованными исследованиями, указанными в памятке, и претензий по обоснованности их выполнения предъявлять не буду.

Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы заданы, все полученные ответы

и разъяснения персонала функциональной диагностики мною понятны, все манипуляции для меня понятны и мною осознаны.

Любую информацию о результатах СМАД исследований сообщать следующим лицам:

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2024г. Подпись пациента \_\_\_\_\_