



Добровольное информированное согласие пациента на осмотр и консультацию врача-стоматолога

Я _____
« » _____
(ФИО пациента)
года рождения

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я _____
паспорт _____ выдан _____
,

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____
(ФИО ребенка или недееспособного гражданина полностью, дата рождения)

добровольно обращаюсь в ООО «НЕ БОЛЬНО на Павелецкой» (далее – Клиника) и в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» понимаю цели и задачи стоматологической консультации, обследования и лечения.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи (компенсация, стабилизация, осложнения, развитие сопутствующих заболеваний).

Меня в доступной форме уведомили об осуществляемой Клиникой медицинской деятельности, о наличии лицензии, о режиме работы клиники, о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, об эффективности методов лечения, о графике работы, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг, их стоимости и порядке их оплаты, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, о состоянии моего здоровья, о правилах и условиях эффективного и безопасного использования результатов оказанных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Клиники, положении о гарантиях и сроках службы на овеществленные результаты оказанных услуг.

Я соглашаюсь на проведение осмотра, консультации, фото и видеофиксации состояния полости рта, манипуляции и исследования, включая рентгенологические, для получения максимально полной картины состояния зубочелюстной системы, диагностики и подготовки нескольких вариантов лечения, для возможности врача согласовать их со мной.

Со своей стороны, я предоставил (предоставила) врачу точную историю моего физического и психического здоровья, высказал (высказалась) все жалобы, проинформировал (проинформировала) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма, в том числе аллергического характера, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, травм и ранее выполненных операциях, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден (предупреждена) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач.

Я подтверждаю, что нахожусь в здравом уме и трезвой памяти, не страдаю какими- либо психическими и иными заболеваниями и расстройствами здоровья, препятствующими мне понимать значение своих действий и (или) руководить ими.

Текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Мне были в доступной форме даны подробные объяснения по всем интересующим меня вопросам. Форма и содержание вышеизложенного соответствует моим интересам, волеизъявлению и намерениям. Я добровольно без какого-либо принуждения даю согласие на медицинское вмешательство и лечение на предложенных условиях.

«____» _____ 202____г. Пациент: _____ / _____

Я свидетельствую, что разъяснил пациенту (пациентке) суть, ход выполнения, риск и альтернативу лечения, дал (дала) ответы на все вопросы.

«____» _____ 202____г. Врач: _____ / _____