

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА
МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, нижеподписавшийся(аяся), _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. №; 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и ст. 28 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме, проинформирован(а):

- о состоянии своего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания;
- о результатах лечения и обследований, проведенных до настоящего момента; о прогнозе и методах дальнейшего лечения заболевания;
- о необходимости и целесообразности применения в дальнейшем тех или иных лекарственных средств;
- о всех возможных вариантах медицинского вмешательства, альтернативных видах и методах лечения;
- о целях и формах, болезненности и длительности, предлагаемых вариантах медицинского вмешательства;
- о наличии показаний к проведению мне указанных выше видов и методов лечения;
- о возможных последствиях и осложнениях, о режимах моего поведения до, во время и после лечения, об этапах лечения и о возникновении дополнительных вмешательств на том или ином этапе лечения.

Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, подтверждаю, что мне понятны используемые термины, суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания, добровольно в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. №; 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие на медицинское вмешательство в стоматологической клинике ООО «ДАНТИСТ-ПЛЮС» на проведение мне вышеуказанного медицинского вмешательства уполномочиваю _____

(фамилия, имя, отчество, должность медицинского работника)

Мне разъяснено, что в случаях, когда состояние пациента не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения будет неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве, о его виде и тактике проведения, в т.ч. дополнительном вмешательстве, в интересах пациента решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий врач с последующим уведомлением должностных лиц организации здравоохранения.

Я осознаю, что проводимое мне лечение, в том числе медицинское вмешательство, не гарантирует полного выздоровления, что для лучшего результата необходимо проходить медицинские обследования для контроля за моим состоянием здоровья, в том числе после проведения медицинского вмешательства.

Против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны:

возражаю/не возражаю (не нужно зачеркнуть)

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

" " 20 г. _____ / _____ /
Подпись пациента Расшифровка подписи

Настоящий документ оформлен мной _____
(лечащий врач)

по результатам предварительного информирования пациента о состоянии его здоровья

" " 20 г. _____ / _____ /
Подпись Расшифровка подписи