

ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1 г. Белгорода»
Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство

Я, _____ («____» _____ г.р., зарегистрированный (-ая) по адресу: _____),
находясь на лечении (обследовании), на основании статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для получения медицинской помощи в ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1 г. Белгорода» даю информированное добровольное согласие на оперативные медицинские вмешательства:

(название медицинского вмешательства)

И прошу персонал медицинского учреждения об их проведении.

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

(далее - врач) в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы (_____) оказания медицинской помощи, связанный с ней риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен(-на) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.

Я информирован (-а) о факторах риска, о возможных вариантах последствий (осложнений), несмотря на минимизацию риска их наступления и понимаю, что проведение сопряжено с: болью; риском потери крови; возможностью инфекционных осложнений; возможностью нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма; возможностью развития воспаления в области операции; возможностью непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

В этом случае врач гарантирует оказание полного объема медицинской помощи для решения возникших проблем и при необходимости - привлечение других специалистов.

Я предупрежден (-а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т. ч. с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

Я отдаю себе отчет, что возможные осложнения после получения данной услуги, в случае их наступления, устраняемые надлежащим образом, не являются вредом здоровью.

Я поставил (-а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

Я сообщил (-а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я понимаю, что для проведения качественного медицинского вмешательства необходимо проведение рентгенологического обследования. Его проведение мне гарантировано в соответствии с требованиями СанПин.

В рамках лечения учреждение проводит дополнительное исследование системой конусно-лучевой объемной томографии, панорамной радиовизиографии и панорамной стоматологической визуализации - Гендекс ГКСЦБ-500 (Gendex GXCB-500™). Отказ от исследования будет препятствовать врачу правильно и своевременно поставить диагноз и назначить лечение. Пациент принимает на себя риски, связанные с отказом от дополнительного исследования в случае получения медицинских услуг.

Лечащий врач рекомендовал исследование (указать необходимость) ☐ ДА ☐ НЕТ. / _____ (Ф.И.О., подпись)

Проведение томографии пациент разрешил (указать решение) ☐ ДА ☐ НЕТ. / _____ (Ф.И.О., подпись)

Мне разъяснено, что перед оперативным вмешательством я имею право отказаться от него за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я предупрежден(-а) и осознаю, что отказ от оперативного вмешательства, его прекращение по моему требованию, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций врача, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Чтобы способствовать своевременному обнаружению осложнений и избежать их усугубления, я обязуюсь выполнять все рекомендации врача.

Я согласен (согласна), что в случае наступления осложнений после оказания мне услуги (т.е. допустимых последствий такого вмешательства), их устранение осуществляет ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1 города Белгорода».

Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях, с учетом сохранения врачебной тайны.

Разрешаю, в случае необходимости (ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, иным лицам.

(Ф.И.О.)

Выбор анестезиологического пособия я доверяю своему лечащему врачу, информирующему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии.

Я имел (-а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил (-а) исчерпывающие ответы.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Подпись _____ (Ф.И.О. гражданина, законного представителя)

Подпись _____ (Ф.И.О. мед. работника)

«____» _____ 20____ г. (Дата оформления информированного добровольного согласия)

Этот раздел заполняется в случае отказа от медицинского вмешательства

От подписи бланка добровольного информированного согласия на отказ от проведения медицинского вмешательства отказался (отказалась):
Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

«____» _____ 20____ года

Дата	Диагноз	Подпись врача	Подпись пациента