

ООО Стоматологическая фирма «Скорпион»
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____
(Ф.И.О)

в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации», даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я в полной мере проинформирован(а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях результатах данного медицинского вмешательства.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно **соглашаюсь** на медицинское вмешательство.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу заболеваний, осведомлен(а) об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая анестезию и прием лекарственных средств, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений:

- аллергия реакции и др.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением:

(указать какие, если имеются исключения)

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях ведения медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я согласен(а) на применение лекарственных препаратов (в т. ч. анестезии), за исключением:

(указать какие, если имеются исключения)

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимым.

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 № 390н я также даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявления жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр. 3. Стоматология: терапевтическая, ортопедическая, ортодонтическая, хирургическая. 4. Рентгенологические методы обследования. 5. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья следующим лицам:

Фамилия, инициалы и подпись пациента:

Фамилия и подпись медицинского работника:

Дата: « ____ » _____ 20 ____ г.

Примечание

В соответствии со ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан РФ» информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего возраста (в общей практике, т.е. за исключением наркологии, ВИЧ-инфекции и трансплантологии), а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.