

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, нижеподписавшийся(ая), \_\_\_\_\_

(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 АСВ»

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 врачом \_\_\_\_\_ по результатам предварительного информирования пациента о состоянии его здоровья

" " 20 г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Подпись                                      Расшифровка подписи

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, нижеподписавшийся(ая), \_\_\_\_\_

(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 АСВ»

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 врачом \_\_\_\_\_ по результатам предварительного информирования пациента о состоянии его здоровья

" " 20 г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Подпись                                      Расшифровка подписи