

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

(в рамках исполнения Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и Приказа Минздравоохранения России от 23.04.2012 № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»)

Я \_\_\_\_\_, информирован(а) моим лечащим врачом о состоянии моего здоровья на момент моего обращения за медицинской помощью.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил детальные объяснения в устной форме о необходимости стоматологического лечения (терапевтического, хирургического, ортодонтического, ортопедического) нужное подчеркнуть.

Настоящим даю согласие ООО «ДЕНТАРИС» на проведение мне всех необходимых исследований, вмешательств, медицинских манипуляций и лечения, в том числе на выполнение следующих видов медицинского вмешательства:

- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
- осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация;
- антропометрические исследования, термометрия, тонометрия;
- рентгенологические методы обследования, в том числе прицельную внутриротовую контактную рентгенографию;
- инъекционное введение лекарственных препаратов по назначению врача в челюстно-лицевую область;
- введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно;
- биопсию слизистых оболочек полости рта и цитологическое исследование, содержимого (если возникает такая необходимость).

Мне известно, что медицинская услуга относится к категории опасных и возможные осложнения в процессе лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния моего организма.

Мне объяснен в доступной и понятной форме основной план лечения, включая ожидаемые результаты, риск и пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, а также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим.

Альтернативные пути решения мне объяснены, обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Я информирован(а) о характере предстоящих манипуляций, связанных с ним риском и развитием неприятных осложнений, ощущений, последствий: болевых ощущениях, повышенной кровоточивости, тромбозе, эмболии, воспалительных явлений, обострением сопутствующих заболеваний, аллергических реакциях, колебаниях артериального давления, механических повреждениях органа, возможной нетрудоспособности.

Я проинформирован(а) о возможности получения медицинской услуги бесплатно при наличии полиса ОМС в других медицинских учреждениях в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Мне разъяснено и понятно, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, в том числе несоблюдение назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я подтверждаю, что врач объяснил мне, что общие условия гарантии не распространяются на работы с молочными зубами, на конструкции с использованием имплантов, при заболеваниях пародонта средней и тяжелой степени, при низком уровне резистентности твердых тканей зубов, на них распространяются специальные условия гарантии.

Пациент \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.  
*подпись* *Ф.И.О.*

Медицинский  
работник \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.  
*подпись* *Ф.И.О.*