

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
 _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

_____ рождения, зарегистрированный по адресу:
 _____ (дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес места регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
 _____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
 _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

_____ рождения, проживающего по адресу:
 _____ (дата рождения пациента при подписании согласия законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на стоматологическое обследование, а также виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390 н, а именно:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия;
3. Термометрия;
4. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические;
5. Рентгенография;
6. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно;

(далее – виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (**ненужное зачеркнуть**), в

Краевом государственном учреждении здравоохранения

«Клинический Центр восстановительной медицины и реабилитации» министерства здравоохранения Хабаровского края

_____ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником **врач стоматолог детский**

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений или непреднамеренного причинения вреда здоровью, что мне (представляемому лицу) предстоит делать во время их проведения, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Мне разъяснено о необходимости выполнения рекомендаций врача, о том, что необходимо немедленно сообщать врачу о любых изменениях в состоянии здоровья, ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных врачом, лекарственных средств. Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, невыполнение рекомендаций, режима приема лекарственных препаратов, самовольное использование медицинских изделий, самовольный прием лекарственных препаратов, бесконтрольное лечение, а также отказ от необходимого медицинского вмешательства могут осложнить течение заболевания, вызвать развитие осложнений заболевания, или новое заболевание, и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья представляемого лица). Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим (представляемого лица) здоровьем, в том числе об аллергических реакциях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого лица), а также об употреблении алкоголя, токсических или наркотических средств.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (**ненужное зачеркнуть**), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии), гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии), гражданина, контактный телефон)

Я ознакомлен (а) и согласен (согласна) с содержимым настоящего документа, который мною прочитан, содержание которого мне разъяснено и мною понято, также я имел (а) возможность задавать любые интересующие меня вопросы, на все заданные вопросы получил (а) исчерпывающий и понятный мне ответ.

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)