ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, нижеподписавшийся(аяся), _____

(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 настоящегомомента;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 вариантахмедицинского 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 «НИТА-ДЕНТ»**

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 нужное 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(аяся), _____

(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 настоящегомомента;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 вариантахмедицинского 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 «НИТА-ДЕНТ»**

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 нужное 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