Настоящее информированное добровольное согласие разработано в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. № 1051н. Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:
ПРОВЕДЕНИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ И ОСМОТРА

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

«____» _____ _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____
(адрес 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)

«____» _____ _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

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

даю информированное добровольное согласие на 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. № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), *для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь* (**ненужное зачеркнуть**) в

_____ ООО «НИТА-ДЕНТ» (ОГРН 1146194005132)_____

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(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, 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».

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 понимаю, что консультация проводится врачом в целях:

1) профилактики, сбора, анализа моих жалоб и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием моего здоровья;

2) принятия решения о необходимости проведения обследований, манипуляций, выбора методов лечения.

Мне разъяснено и понятно, что в ходе консультации врач может провести опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, термометрию (измерение температуры тела), тонометрию (измерение давления), антропометрические исследования, обучение гигиене полости рта. Обучение гигиене полости рта проводится в целях профилактики стоматологических заболеваний с использованием щеток, специальных стоматологических ершиков, паст, скребков, ортодонтических контейнеров и иных медицинских изделий.

Я осознаю, что после завершения осмотра и консультации врач может прийти к выводу о необходимости проведения дополнительных исследований, консультаций других специалистов, которые будут выполнены за отдельную стоимость при условии получения моего согласия на их проведение в порядке, установленном Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я понимаю, что должен(-на) информировать врача обо всех случаях возникновения аллергии, перенесенных ранее заболеваниях, как острых так и хронических (в том числе о хирургических операциях, наличии сахарного диабета, онкологических заболеваний, перенесенной коронавирусной инфекции), травмах, а также о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях, сообщать правдивые сведения о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах, курении, высказывать все жалобы. Несообщение врачу сведений о состоянии моего здоровья, несоблюдение рекомендаций врача (в том числе о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях) могут отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья пациента, законным представителем которого я являюсь).

У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве.

Я принимаю решение приступить к вмешательству на вышеизложенных условиях.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача для проведения консультации и осмотра не требуется.

(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)
(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

«____» _____ г.
(дата оформления)