

ОБРАЗЕЦ

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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.

Я, Иванов Иван Иванович, Не указано года рождения, зарегистрированный(ая)
(ФИО пациента)

по адресу:

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; антропометрические исследования; тонометрия; термометрия; Рентгенологические методы обследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно, 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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082), для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО «ДЕНТАЛ ГАРДЕН».

Медицинским работником в доступной для меня форме разъяснены цели, методы медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные последствия, вероятность осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Иванов Иван Иванович

ФИО пациента

Иванов Иван Иванович

подпись

ФИО пациента, законного представителя пациента

подпись

ФИО медицинского работника

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства

настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 19, 20, 21, 22 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ.

Я, Иванов Иван Иванович, ознакомлен(а) с предварительным диагнозом, планом лечения, дополнительных методах обследования, диспансерного наблюдения, вариантами и результатами лечения, а также с возможными осложнениями. Я информирован(а) о сроках, объемах, стоимости лечения. Я информирован(а), что медицинскую помощь по поводу моего заболевания могу получить в другом медицинском учреждении, как на платной основе, так и в рамках программы ОМС, тем самым подтверждаю свое согласие на платное лечение в ООО «ДЕНТАЛ ГАРДЕН». Я согласен(а) с тем, что во время, так и после медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными биологическими особенностями организма, нарушениями рекомендаций врача пациентом, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением необходимых требований, медицинское учреждение не несет ответственности за их возникновение. Я информирован, что нет абсолютной гарантии предотвращения возможных осложнений. Медицинский работник проинформировал меня о всех возможных осложнениях во время и после лечения моего заболевания. Мне разъяснено, что гарантийный срок, оговоренный в договоре на платные медицинские услуги, устанавливается только при соблюдении всех рекомендаций, в том числе ограничений, врача по уходу за полостью рта до, во время и после медицинского вмешательства и своевременном обращении к врачу. Я согласен(а), что в случае возникновения состояний, угрожающих жизни, врач самостоятельно принимает решение об устранении данных осложнений. Я предупрежден(а) и согласен(а), что в процессе лечения врач может корректировать план лечения и полностью его изменить по согласованию со мной. Я понимаю, что обязан(а) являться на прием в назначенное время. Я даю согласие на рентгенологическое исследование до, во время и после лечения. Я даю согласие на фотопротоколирование, а именно фото регистрацию полости рта и лица до, во время и после лечения. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, обсудил(а) все вопросы и получил(а) удовлетворившие меня ответы. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Иванов Иван Иванович

подпись врача

дата

подпись пациента (законного представителя)

ФИО пациента (законного представителя)

Иванов Иван Иванович

подпись врача

дата

подпись пациента (законного представителя)

ФИО пациента (законного представителя)

Иванов Иван Иванович

подпись врача

дата

подпись пациента (законного представителя)

ФИО пациента (законного представителя)

Иванов Иван Иванович

подпись врача

дата

подпись пациента (законного представителя)

ФИО пациента (законного представителя)