

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР

Я, _____ (Ф.И.О.)

в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю **информированное добровольное согласие, т.е. на оказание мне / моему ребенку (нужное подчеркнуть) следующих медицинских услуг – первичный осмотр.**

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве – **первичном стоматологическом осмотре**, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов. Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения. Мне даны исчерпывающие ответы и разъяснения на все заданные мной вопросы.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма, однако мне гарантировано проведение первичного осмотра специалистом соответствующей квалификации с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми.

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. № 390н я также даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств: 1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Рентгенологические методы обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в «Листе учета дозовых нагрузок при рентгенологических исследованиях». 8. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья следующим лицам: _____

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился/ознакомилась с данным документом, являющимся неотъемлемой частью договора на оказание платных услуг и медицинской карты пациента, и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Ф.И.О. полностью и подпись пациента:

Ф.И.О. полностью и подпись врача:

Дата: «__» _____ 20__ г.

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья следующим лицам: _____

Ф.И.О. ребенка (если медицинское вмешательство будет осуществлено в отношении пациента, не достигшего возраста 15-лет):

Фамилия, инициалы и подпись пациента:

Фамилия, инициалы и подпись врача:

Дата: «__» _____ 20__ г.

Примечание: В соответствии со ст. 20. Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего возраста, а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.