

Наша стоматологическая клиника строго руководствуется:

- **Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»**
- **Федеральным законом «О защите прав потребителей»;**
Современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира.

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента .

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____
являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель) ребенка или лица признанного недееспособным:

(Ф.И.О ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно **соглашаюсь** на медицинское вмешательство.

Я получил (а) подробные объяснения по поводу заболевания, осведомлен (а) об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого); , которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая рентгенологическое исследование, забор слюны на исследование микроорганизмов, вызывающих кариес, анестезию, прием и введение лекарственных средств, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, аллергические реакции.

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. N 390н я также даю добровольное 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. Термометрия. 4. Тонометрия. 5. Рентгенологические методы обследования. 6. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно. 7. Лабораторные методы исследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические.

Необходимость других методов обследования будет мне разъяснена дополнительно; До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях введения медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Я извещен (а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия.

Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно - охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья(здоровья представляемого);

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем(здоровьем представляемого), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемому) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ - инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о применяемых лекарственных средствах. Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических токсических средств.

ГЕЛИОСДЕНТ

Фамилия, инициалы и подпись пациента:

Фамилия и подпись медицинского работника:

Дата: «__» _____ 201__ г.

Разница в отношении...