

Информированное добровольное согласие на стоматологический осмотр и консультацию

Я, _____ являюсь законным представителем ребенка _____ уполномочиваю врача ООО «КИТ»

_____ выполнить моему ребенку СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР И КОНСУЛЬТАЦИЮ _____ / _____

- 1) Я проинформирован(а) о том, что СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР И КОНСУЛЬТАЦИЯ имеет своей целью выявление имеющихся и потенциальных заболеваний полости рта, формирование рекомендаций пациенту для дальнейшего обследования, лечения, профилактики заболеваний, направление пациента для обследования и лечения к другим специалистам.
- 2) Я осведомлен(а) о том, что СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР И КОНСУЛЬТАЦИЯ производится методом внешнего осмотра, пальпации, сбора анамнеза с оценкой жалоб пациента, при необходимости применяются медицинские изделия, результаты фиксируются в медицинской документации и доводятся до сведения пациента. Мне разъяснено, что может потребоваться повторный СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР И КОНСУЛЬТАЦИЯ по результатам обследования, для контроля за процессом лечения и в иных случаях по рекомендации врача.
- Мне разъяснено, что СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР И КОНСУЛЬТАЦИЯ оказывается без применения анестезии.
- 3) Мне разъяснено, что СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР И КОНСУЛЬТАЦИЯ не имеет противопоказаний.
- 4) Мне разъяснено, что СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР И КОНСУЛЬТАЦИЯ при соблюдении указаний медицинского работника не может повлечь возникновение нежелательных осложнений.
- 5) Мне разъяснено, что СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР И КОНСУЛЬТАЦИЯ является: выявление имеющихся и потенциальных заболеваний полости рта, формирование рекомендаций пациенту для дальнейшего обследования, лечения, профилактики заболеваний, направление пациента для обследования и лечения к другим специалистам. Мне разъяснено, что после СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОСМОТРА И КОНСУЛЬТАЦИИ пациенту рекомендуется профилактический прием в зависимости от степени риска и активности течения стоматологических заболеваний, но не реже одного раза в год, а также неукоснительное соблюдение рекомендаций врача по результатам приема.
- 6) Мне разъяснено, что качественное выполнение СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОСМОТРА И КОНСУЛЬТАЦИИ требует предварительной подготовки: рекомендуется заранее принять пищу, почистить зубы. Не рекомендуется предварительно употреблять наркотические и сильнодействующие психотропные вещества, употреблять в пищу лук, чеснок, острое и пряности.
- 7) В ходе приема врач определяет методы, объем, прогноз лечения и его приблизительную стоимость, о чем подробно информирует пациента. Также пациент предупреждается о возможных осложнениях в процессе лечения и после такового. Результаты приема медицинский работник заносит в медицинскую карту.
- 8) Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
- 9) Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.
- 10) Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.
- 11) На основании предоставленной информации о наименовании, целях, методах СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОСМОТРА И КОНСУЛЬТАЦИИ, порядке его выполнения, осложнениях, а также стоимости услуги я добровольно и осознанно подтверждаю свое согласие на выполнение мне указанной процедуры.
- 12) Настоящее информированное добровольное согласие мною прочитано, мне разъяснено и понятно его содержание, включая содержание используемых в нем медицинских терминов. Особенности выполнения исследования мне разъяснены и понятны.
- 13) Свободные строки заполнены мною лично или с моего согласия врачом

_____ г. Подпись Законного представителя: _____ (_____)

Подпись Врача: _____ (_____)

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которых) 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 гражданина, контактный телефон)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____ проживающий по адресу: _____ в отношении _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____

(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 «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»¹ 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 Общество с ограниченной ответственностью "КИТ"

даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства: _____

_____ (указать вид мед. вмешательства)

в Общество с ограниченной ответственностью "КИТ"
Медицинским работником _____

_____ (должность, фамилия, имя, отчество 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 (которых) 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 гражданина)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

_____ г.
(дата оформления)

¹ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный N 24082.