

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20

Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­-(Пациент)

(фамилия, имя, отчество полностью, дата рождения)

добровольно даю свое согласие на проведение мне врачом-стоматологом ООО «УЛЫБКА » : **опроса** (выявление жалоб, сбор анамнеза), **осмотра полости рта**, в том числе, пальпации, перкуссии, зондирования, электроодонтодиагностики, **фотографирования, термометрии, рентген-диагностики\***. Я даю свое добровольное согласие на определение индекса гигиены, на повторное проведение рентгенологического обследования в том случае, если, в силу объективных, независящих от врача-стоматолога причин, были получены рентгенограммы неудовлетворительного качества, введение лекарственных препаратов по назначению врача-стоматолога . Я обязуюсь выполнять все рекомендации. Я уведомлен (уведомлена) о том, что несоблюдение рекомендаций, в том числе, назначенного режима лечения, может снизить качество медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок, отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья. Я разрешаю медицинскому работнику ООО «УЛЫБКА » предоставлять сведения, составляющие врачебную тайну, включая информацию о факте моего обращения за медицинской помощью, о состоянии моего здоровья, диагнозе заболевания, плане лечения, результатах любых видов обследования следующим лицам (указать Ф.И.О. полностью, степень родства (если есть), допустимо указание «никому»): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я разрешаю медицинскому работнику ООО «УЛЫБКА » предоставлять вышеуказанным лицам копии моих медицинских документов, в том числе, моей медицинской карты, документов для получения налогового вычета.

\* Рентгенологическое обследование зубочелюстной системы: *прицельные рентгенограммы зубов и периапикальных тканей* выполняются в процессе стоматологического лечения по назначению Исполнителя при наличии клинических показаний. Рентгенологическое обследование необходимо для качественного лечения заболеваний и повреждений зубочелюстной системы; противопоказаниями для его проведения являются: отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф, проведение курса лучевой терапии, выполнение других рентгенологических исследований, связанных с большой лучевой нагрузкой, менее, чем за 6 месяцев до настоящего времени, выполнение работы, связанной с использованием источников ионизирующих излучений, беременность любого срока (при этом рентгенологические исследования могут быть проведены только по жизненным показаниям).

Исполнитель предоставил Пациенту информацию о целях, характере, рентгенологического обследования, о том, что предстоит делать Пациенту во время его проведения, о возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью. Отказ от рентгенологического обследования зубочелюстной системы может стать причиной несвоевременной постановки диагноза, несвоевременно начатого качественного лечения.

**Пациент**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Исполнитель** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия,имя,отчество полностью, подпись)

**Дата** «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.



**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20

Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­-(Пациент)

(фамилия, имя, отчество полностью, дата рождения)

добровольно даю свое согласие на проведение мне врачом-стоматологом ООО «УЛЫБКА » : **опроса** (выявление жалоб, сбор анамнеза), **осмотра полости рта**, в том числе, пальпации, перкуссии, зондирования, электроодонтодиагностики, **фотографирования, термометрии, рентген-диагностики\***. Я даю свое добровольное согласие на определение индекса гигиены, на повторное проведение рентгенологического обследования в том случае, если, в силу объективных, независящих от врача-стоматолога причин, были получены рентгенограммы неудовлетворительного качества, введение лекарственных препаратов по назначению врача-стоматолога . Я обязуюсь выполнять все рекомендации. Я уведомлен (уведомлена) о том, что несоблюдение рекомендаций, в том числе, назначенного режима лечения, может снизить качество медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок, отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья. Я разрешаю медицинскому работнику ООО «УЛЫБКА » предоставлять сведения, составляющие врачебную тайну, включая информацию о факте моего обращения за медицинской помощью, о состоянии моего здоровья, диагнозе заболевания, плане лечения, результатах любых видов обследования следующим лицам (указать Ф.И.О. полностью, степень родства (если есть), допустимо указание «никому»): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я разрешаю медицинскому работнику ООО «УЛЫБКА » предоставлять вышеуказанным лицам копии моих медицинских документов, в том числе, моей медицинской карты, документов для получения налогового вычета.

\* Рентгенологическое обследование зубочелюстной системы: *прицельные рентгенограммы зубов и периапикальных тканей* выполняются в процессе стоматологического лечения по назначению Исполнителя при наличии клинических показаний. Рентгенологическое обследование необходимо для качественного лечения заболеваний и повреждений зубочелюстной системы; противопоказаниями для его проведения являются: отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф, проведение курса лучевой терапии, выполнение других рентгенологических исследований, связанных с большой лучевой нагрузкой, менее, чем за 6 месяцев до настоящего времени, выполнение работы, связанной с использованием источников ионизирующих излучений, беременность любого срока (при этом рентгенологические исследования могут быть проведены только по жизненным показаниям).

Исполнитель предоставил Пациенту информацию о целях, характере, рентгенологического обследования, о том, что предстоит делать Пациенту во время его проведения, о возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью. Отказ от рентгенологического обследования зубочелюстной системы может стать причиной несвоевременной постановки диагноза, несвоевременно начатого качественного лечения.

**Пациент**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Исполнитель** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия,имя,отчество полностью, подпись)

**Дата** «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.