

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Основание: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, _____

Фамилия, имя, отчество

года рождения, мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель (нужное подчеркнуть) ребенка или лица, признанного недееспособным, даю добровольное согласие на санацию полости рта моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного) _____ в бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника» (далее – Учреждение).

Даю добровольное согласие на санацию полости рта, включающую в себя основные и дополнительные методы обследования полости рта (включая рентгенологический), которые позволят оценить состояние здоровья моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного), поставить диагноз, определить ход дальнейшего лечения. Даю добровольное согласие на лечение и профилактику заболеваний твердых тканей зубов (некариозные поражения, кариес, пульпит, периодонтит), тканей пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз), слизистой оболочки и других заболеваний полости рта с применением терапевтических, хирургических, ортопедических, ортодонтических методов лечения.

Я информирован(а) о диагнозе, плане и вариантах лечения, применяемых технологиях, предполагаемом исходе лечения, возможных осложнениях после медицинского вмешательства. Я согласен(а) с составленным планом лечения.

Мне разъяснены возможные последствия отказа от медицинского вмешательства, что может привести к поздней или неправильной диагностике заболевания, к осложнениям, к утрате трудоспособности. Я получил(а) ответы в доступной форме на все вопросы, связанные с диагностикой, лечением, реабилитацией, необходимые для улучшения состояния здоровья моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного).

Анкета о состоянии здоровья заполнена мной лично и содержащаяся в ней информация достоверна.

Я ознакомлен(а) с гарантийными сроками и правилами предоставления медицинской помощи и поведения пациента в Учреждении. Подтверждаю, что мне было предоставлено право выбора лечащего врача.

Содержание настоящего документа мной прочитано, разъяснено врачом, оно полностью мне понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

Я информирован(а) о возможности получения справки о стоимости лечения по ОМС. В настоящее время в получении данной справки не нуждаюсь.

Дата	Подпись пациента	Ф.И.О. лечащего врача, подпись