ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, нижеподписавшийся(аяся), _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. №; 323-ФЭ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и ст. 28 Правил предоставления медицинскими
организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006, в соответствии с моей волей, в доступной дня меня форме, проинформирован(а):

- о состоянии своего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания;
- о результатах лечения и обследований, проведенных до настоящего момента;
- о прогнозе и методах дальнейшего лечения заболевания;
- о необходимости и целесообразности применения в дальнейшем тех или иных лекарственных средств;
- о всех возможных вариантах медицинского вмешательства, альтернативных видах и методах лечения;
- о целях и формах, болезненности и длительности, предлагаемых вариантах медицинского вмешательства,
- о наличии показаний к проведению мне указанных выше видов и методов лечения;
- о возможных последствиях и осложнениях, о режимах моего поведения до, во время и после лечения, об этапах лечения и о возникновении дополнительных вмешательств на том или ином этапе лечения.

Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, подтверждаю, что мне понятны используемые термины, суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания, добровольно в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. №; 323-ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, даю **свое согласие** на медицинское **вмешательство, в т.ч. на проведение рентгеновских исследований в стоматологической клинике ООО «Ликастом»**

На проведение мне вышеуказанного медицинского вмешательства уполномочиваю

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

Мне разъяснено, что в случаях, когда состояние пациента не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения будет неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве, о его виде и тактике проведения, в т.ч. дополнительном вмешательстве, в интересах пациента решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий врач с последующим уведомлением должностных лиц организации здравоохранения.

Я осознаю, что проводимое мне лечение, в том числе медицинское вмешательство, не гарантирует полного выздоровления, что для лучшего результата необходимо проходить медицинские обследования для контроля за моим состоянием здоровья, в том числе после проведения медицинского вмешательства.

Против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны:

возражаю/не возражаю (не нужное зачеркнуть)

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

«___» _____ 20___г. _____ / _____
Подпись пациента Расшифровка подписи

Настоящий документ оформлен мной

_____ _____
(ФИО лечащего врача)

по результатам предварительного информирования пациента о состоянии его здоровья

«___» _____ 20___г. _____ / _____
Подпись пациента Расшифровка подписи