

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
" " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
" " _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», 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 23.04.2012 N 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), на проведение следующего медицинского вмешательства, для получения мной первичной медико-санитарной помощи / первичной медико-санитарной помощи лицом законным представителем которого являюсь _____

Настоящее согласие дано БУ «Нижевартовская городская стоматологическая поликлиника» (ОГРН 1028600958803) Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01193-86/00349116 от 22.01.2014 г.(бессрочно).

На проведение вышеуказанных медицинских вмешательств я уполномочиваю врача _____.

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 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

- Я понимаю, что в ходе выполнения медицинских действий может возникнуть необходимость осуществления других медицинских вмешательств, исследований, операций. Я доверяю врачам принимать необходимые в этих случаях решения, в соответствии с их профессиональными суждениями, и выполнять любые медицинские действия, которые врачи сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

- Мне разъяснено, что медицинская услуга относится к категории опасных и возможные осложнения в процессе лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния моего организма. Я понимаю, что в процессе эндодонтического лечения могут произойти такие осложнения, как отлом эндодонтического инструмента в канале, перфорации, не прохождения корневых каналов, бывают случаи возникновения постпломбировочных болей, обострения заболевания, отеков, удаление зубов в связи с развившимися осложнениями и прочее. Я осознаю, что всегда имеется риск при эндодонтическом лечении, я даю на это свое согласие.

- Я проинформирован(а) об альтернативных методах лечения. Я ознакомлен(а) с планом предстоящего лечения и действием применяемых лекарственных препаратов. Я предупрежден(а) о возможном изменении методов лечения в случае непереносимости мною некоторых препаратов.

- Мне известно, что во время терапевтического (или хирургического) лечения могут быть выявлены заболевания или их особые формы, которые потребуют изменения объема медицинского вмешательства, на что я даю свое добровольное согласие.

- Я согласен(а) на фотопротокол процесса лечения в целях оценки качества проведенного лечения, в формате «до» и «после» только зубов и улыбки.

- Я согласен(а) на рентгенологическое обследование в необходимом объеме для полноценного лечения.

Мне даны разъяснения о действии рентгеновских лучей во время беременности и возможных последствиях.

- Мне сообщено, что в ходе лечения будет применена анестезия, выбор которой производится лечащим врачом, и даю на это согласие. Я понимаю, что всегда имеется риск проявления аллергии, гематомы, абсцесса, отека при применении анестезии, и такой риск мне был полностью объяснен. Я даю на это согласие.
- Я предупрежден(а) о том, что во время операции и/или после нее могут возникнуть осложнения, связанные с хирургическим вмешательством.

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

[illegible]