ОБРАЗЕЦ

Приложение №1 к Договору на оказание платных медицинских услуг

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: _____
(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 РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н (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 «Персона» (ООО «Персона»)
Медицинским работником: Врач-стоматолог - _____ _____
(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 РФ».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» 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 (при наличии) гражданина, контактный телефон) (фамилия, имя, отчество (при наличии)

Я информирован о целях, характере и возможных неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью. Мне разъяснены возможные сопутствующие явления и осложнения планируемого лечения: длительность, боль, неудобство, припухлость лица, чувствительность к холоду и теплу, синяки на лице, под глазами, шее, долго не проходящее онемение губ, щек, подбородка.

Я понимаю, что гарантировать 100% положительный результат проводимого лечения не представляется возможным.

Я поставил в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах, о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я обязуюсь выполнять все рекомендации лечащего врача, принимать назначенные мне лекарственные средства, поскольку лечебный режим напрямую оказывает влияние на качество оказания медицинской услуги.

Я ознакомлен и согласен со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

Пациент _____ _____
(Ф.И.О) (подпись)

Врач-стоматолог- _____ _____ _____
(Ф.И.О.) (подпись)

«___» _____ 20____г.