Информированное добровольное согласие пациента на стоматологическое вмешательство

Настоящее добровольное соглашение  составлено в соответствии со статьями № 4,5,20,22,23,27,ст.19 п.5 ФЗ №323 от 21.11.11г «Об охране здоровья граждан Российской Федерации », Законом о защите прав потребителей, ФЗ №326 от 29.11.10г. « Об обязательном медицинском страховании в РФ» и действующими законодательными актами.

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фио

Проинформирован о том, что мне необходимо провести:

Осмотр полости рта; диагностическое обследование; рентгенологическое обследование с целью установления диагноза т составления плана лечения.

Я подтверждаю достоверность предоставленной врачу информации о состоянии  моего здоровья.

Мне предоставлена исчерпывающая информация о результатах обследования, диагнозе, предлагаемому лечению.

Мне предоставлена информация о возможных болевых ощущениях от данного вмешательства и методики устранения боли.

Мне объяснили все возможные исходы лечения, а также альтернативные варианты лечения.

Мне понятен план, объем и продолжительность рекомендуемого лечения. Я имел возможность обсудить с врачом все вопросы связанные с лечением.

Мне предоставлена информация о возможных осложнениях предложенного лечения: появление боли, отека, развитие аллергических реакций.

Я предупрежден о последствиях, которые могут возникнуть при отказе от предложенного лечения.

Мне понятно, что я обязан являться на лечение в назначенное время и соблюдать предписания и рекомендации врача.

Я согласен, что не во всех случаях можно предсказать точный результат планируемого лечения.

Я доверяю квалификации врача и добровольно соглашусь на предложенное лечение, применение лекарственных средств и стоматологических материалов, оработку моих персональных данных.

С правами т обязанностями знаком по общей информации. Лист на информированное добровольное согласиемной прочитан, подпись поставлена осознанно.

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Фамилия (полностью) И.О.

Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Фамилия (полностью) И.О.

**Я отказываюсь от стоматологического вмешательства.**

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О.          Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О.