СПб ГБУЗ "ГСП №2"
199004, Санкт-Петербург, В.О., 8-я линия, д. 41, тел.(812) 382-01-54

Добровольное информированное согласие пациента на стоматологическое вмешательство

г. Санкт- Петербург "____"_____202__г.

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,_____

Проинформирован(-а) о том, что мне с целью установления диагноза и составления плана лечения необходимо провести:

- Осмотр полости рта.
- Диагностическое обследование.
- Рентгенологическое обследование.

Я подтверждаю достоверность предоставленной врачу информации о состоянии моего здоровья.
Я имел(-а) возможность задать все интересующие меня вопросы.
Мне предоставлена исчерпывающая информация о квалификации специалистов, целях и методах обследования, предполагаемом (или установленном) диагнозе, предлагаемых вариантах лечения, применяемых инструментах и материалах.
Мне предоставлена информация о возможных болевых ощущениях от данного вмешательства и методиках устранения боли.
Мне объяснили все возможные риски, а также альтернативные варианты вмешательства.
Мне понятен план, объем и продолжительность рекомендуемого вмешательства.
Я имел(-а) возможность обсудить с врачом все вопросы связанные с вмешательством.
Мне предоставлена информация о возможных осложнениях во время и после предложенного вмешательства: появление боли, отека, развитие аллергических реакций.
Я предупрежден(-а) о последствиях, которые могут возникнуть при отказе от предложенного вмешательства.
Мне понятно, что я обязан(-а) являться на лечение в назначенное время и соблюдать предписания и рекомендации врача.
Я согласен(-а), что не во всех случаях можно предсказать точный результат планируемого вмешательства.
Я доверяю квалификации врача и добровольно соглашаюсь на предложенное обследование, лечение, применение лекарственных средств и стоматологических материалов.
Я проинформирован(-а) о праве получения бесплатной медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий ОМС.
В случае моего желания получить возмездную (платную) услугу я проинформирован(-а) о стоимости отдельных этапов обследования и лечения и вмешательства в целом. Моя подпись в Договоре оказания платных услуг свидетельствует о моём согласии на лечение на платной основе.

Содержание указанных выше медицинских терминов и действий, связанные с ними риски, возможные осложнения и последствия мне понятны и известны. Я хорошо понял(-а) разъяснения врача.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено врачом, оно полностью мне понятно, я согласен(-а) на стоматологическое вмешательство, что я и удостоверяю своей подписью.

Подпись пациента _____ _____ Фамилия (полностью) И.О.

Подпись врача _____ _____ Фамилия (полностью) И.О.

"____" _____ 202____г

ДАТА	ФИО ВРАЧА	Цель посещения (консультация/ лечение)	СОГЛАСИЕ на вмешательство	ОТКАЗ от вмешательства