

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)

« ____ » _____ г. рождения,
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу:

_____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении:

« ____ » _____ г. рождения, _____ (фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

проживающего по адресу: _____

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включённые в Перечень определённых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утверждённый приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включённых в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (неужное зачеркнуть)

в Обществе с ограниченной ответственностью «Правила жизни».

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

(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, включённых 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 Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которых) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (неужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

_____ (полный) (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)

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

« ____ » _____ г. (дата оформления)

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____ (фамилия, имя, отчество и дата рождения гражданина либо законного представителя) «__» _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____ «__» _____ г. рождения,

в отношении: _____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)
_____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество пациента и дата рождения при подписании согласия законным представителем)
при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи
в Обществе с ограниченной ответственностью «Правила жизни» _____

(полное наименование медицинской организации)
отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включённых
в Перечень определённых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения
первичной медико-санитарной помощи, утверждённый приказом Министрства здравоохранения и
социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н:

_____ (наименование вида медицинского вмешательства)
Медицинским работником _____

_____ (должность, фамилия, имя, отчество медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия
отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития
осложнений заболевания (состояния) _____

_____ (указываются возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного
или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я
имею право оформить информированное добровольное согласие
на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество Гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество медицинского работника) (дата оформления)

«__» _____ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____ (фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)

« ____ » _____ г. рождения,
(дата рождения гражданина либо законного представителя
зарегистрированного по адресу:

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

Проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении:

« ____ » _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)
проживающего по адресу: _____

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: _____
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

_____ осуществляемое медицинским работником: _____

_____ (должность, ФИО медицинского работника)

Обществе с ограниченной ответственностью «Правила жизни»

(полное наименование медицинской организации)

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, включённых 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 Российской Федерации».

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 Российской Федерации» 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 гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)

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

« ____ » _____ г.
(дата оформления)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, _____

(фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)

« ____ » _____ г. рождения,

(дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу: _____

проживающий по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

В отношении: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

« ____ » _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)

Проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:

_____ (вид медицинского вмешательства)
осуществляемое медицинским работником:

_____ (должность, ФИО медицинского работника)

в Обществе с ограниченной ответственностью «Правила жизни»

_____ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником врачом -стоматологом - ортодонтом: _____

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

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, в том числе вероятность развития осложнений:

- болевых ощущений в зубах во время ортодонтического лечения;
- скола фиксированных элементов брекет-систем;
- травмирования мягких тканей полости рта при нарушении целостности ортодонтических конструкций;
- изменение дикции и вкусовых ощущений, повышенное слюноотделение;
- обострения хронических процессов в зубах;
- возникновение хруста, щёлканья, боли в височно-нижнечелюстном суставе, дискомфорта при жевании, открывании и закрывании рта;
- рецидива зубочелюстных аномалий; аллергических реакций и др.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приёме лекарственных средств, в соответствии официальной инструкцией по их применению, возможность ознакомления с которой мне была предоставлена.

Я предупрежден(а) что:

- ортодонтическая аппаратура является инородным телом в полости рта, привыкание к которому требует терпения и времени;
- в период ортодонтического лечения необходимо тщательное соблюдение гигиены полости рта;
- в плане лечения указывается ориентировочная длительность лечения, т.к. длительность ортодонтического лечения не может быть установлена точно, она зависит от возраста пациента, сложности и степени выраженности исходной патологии, наличия сопутствующих соматических

заболеваний и функциональных нарушений, индивидуальных особенностей перемещения зубов в процессе ортодонтического лечения, тщательности соблюдения рекомендаций врача;

- сохранение ровных зубных рядов возможно только в период ношения ретенционного аппарата, срок ретенционного периода указывается в плане лечения.

Я согласен(а) на применение всех необходимых лекарственных препаратов за исключением:

_____ (указать какие, либо: без исключений)

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все интересующие меня вопросы.

Я предупреден(а) о возможности коррекции плана и сроков лечения.

Я понимаю необходимость фотографического исследования до начала лечения, на этапах лечения и после ортодонтического лечения.

Исключений, запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением:

_____ (указать какие, если имеются исключения)

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, 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)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« ____ » _____ г.
(дата оформления)

Примечание: При приеме лиц до 15 лет (детей) обязательно подписывается родителем или иным законным представителем.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____

(фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)

« ____ » _____ Г. рождения,

(дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу:

проживающий по адресу:

в отношении:

(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ Г. рождения,

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

Проживающего по адресу:

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:

(вид медицинского вмешательства)

осуществляемое медицинским работником: _____

(должность, ФИО медицинского работника)

в Обществе с ограниченной ответственностью «Правила жизни»

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником врачом - стоматологом общей практики: _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, в том числе вероятность развития осложнений:

- повышенной чувствительности зубов на химические и температурные раздражители после снятия зубных отложений и отбеливания зубов;
- появления неприятных, болевых ощущений в области десны, её покраснение, появление или усиление кровоточивости дёсен;
- ощущение сухости в полости рта в течение суток после процедуры;
- обнажения корней;
- повторного образования зубных отложений,
- потемнения зубов на 0,5-1 тон по шкале Vita в хроматическом порядке в течение 2-х недель после профессионального отбеливания зубов;
- повторного окрашивание эмали, связанное с пигментами продуктов питания, напитков, табачных изделий, негигиеническим содержанием полостей рта;
- потемнения, уменьшения прозрачности, появления микротрещин твёрдых тканей зубов на фоне возрастного истончения эмали;
- необходимости повторного отбеливания зубов;
- резорбции твёрдых тканей зуба в пришеечной области после отбеливания;
- необходимости замены пломб, ортопедических конструкций после отбеливания зубов;
- аллергических реакций и др.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств, в соответствии официальной инструкцией по их применению, возможность ознакомления с которой мне была предоставлена.

Я согласен(а) на применение всех необходимых лекарственных препаратов за исключением:

_____ (указать какие, либо: без исключений)

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все интересующие меня вопросы.

Исключений, запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением: _____

_____ (указать какие, если имеются исключения)

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, 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 (неужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

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

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« ____ » _____ г.
(дата оформления)

Примечание: При приеме лиц до 15 лет (детей) обязательно подписывается родителем или иным законным представителем.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, _____

(фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)

« ____ » _____ г. рождения,

(дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу: _____

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____

_____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении: _____

(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ г. рождения,

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

Проживающего по адресу: _____

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:

_____ (вид медицинского вмешательства)

осуществляемое медицинским работником: _____

_____ (должность, ФИО медицинского работника)

в Обществе с ограниченной ответственностью «Правила жизни»

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником врачом - стоматологом - терапевтом: _____

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

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствий, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, в том числе вероятность развития осложнений:

- повышенной чувствительности зубов на химические и температурные раздражители после снятия зубных отложений и отбеливания зубов;
- появления неприятных, болевых ощущений в области десны, её покраснение, появление или усиление кровоточивости дёсен;
- ощущение сухости в полости рта в течение суток после процедуры;
- обнажения корней;
- повторного образования зубных отложений,
- потемнения зубов на 0,5-1 тон по шкале Vita в хроматическом порядке в течение 2-х недель после профессионального отбеливания зубов;
- повторного окрашивания эмали, связанное с пигментами продуктами питания, напитков, табачных изделий, негигиеническим содержанием полости рта;
- потемнения, уменьшения прозрачности, появления микротрещин твёрдых тканей зубов на фоне возрастного истончения эмали;
- необходимости повторного отбеливания зубов;
- резорбции твёрдых тканей зуба в пришеечной области после отбеливания;
- необходимости замены пломб, ортопедических конструкций после отбеливания зубов;
- аллергических реакций и др.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приёме лекарственных средств, в соответствии официальной инструкцией по их применению, возможность ознакомления с которой мне была предоставлена.

Я согласен(а) на применение всех необходимых лекарственных препаратов за исключением:

_____ (указать какие, либо: без исключений)

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все интересующие меня вопросы.

Исключений, запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением: _____

_____ (указать какие, если имеются исключения)

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, 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)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« ____ » _____ г.
(дата оформления)

Примечание: При приёме лиц до 15 лет (детей) обязательно подписывается родителем или иным законным представителем.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, _____

(фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)

« ____ » _____ г. рождения,

(дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу: _____

проживающий по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

_____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении:

« ____ » _____ г. рождения,

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)
Проживающего по адресу: _____

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:

_____ (вид медицинского вмешательства)

осуществляемое медицинским работником: _____

_____ (должность, ФИО медицинского работника)

в Обществе с ограниченной ответственностью «Правила жизни»

_____ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником врачом - стоматологом детским: _____

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

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, в том числе вероятность развития осложнений:

- повышенной чувствительности зубов на температурные раздражители в течение недели после пломбирования;
- воспаления пульпы зуба при глубоких кариозных полостях;
- рецидива кариеса зубов;
- появления болевых ощущений в зубе, чувствительности при откусывании и жевании, обострения хронического процесса, а также отёка окружающих зуб тканей в процессе и после лечения корневых каналов;
- перелома эндодонтических инструментов, перфорации корня зуба при лечении искривленных, склерозированных корневых каналов и удалении старых корневых пломб;
- невозможности удаления старых корневых пломб и отломков инструментов;
- сохранения или прогрессирования воспалительного процесса вокруг зуба после лечения каналов;
- перелом депульпированного зуба,
- преждевременного рассасывания корней молочных зубов и вовлечения в процесс зачатков постоянных зубов;
- необходимости удаления молочных зубов до начала физиологической смены;
- аллергических реакций и др.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приёме лекарственных средств, в соответствии официальной инструкцией по их применению, возможность осложнения с которой мне была предоставлена. Я предупрежден(а) о вероятности прикусывания ребёнком губы и слизистой щёк после выполнения местной анестезии пока не восстановилась чувствительность мягких тканей.

Я согласен(а) на применение всех необходимых лекарственных препаратов за исключением:

_____ (указать какие, либо: без исключений)

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все интересующие меня вопросы.

Исключений, запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением: _____

_____ (указать какие, если имеются исключения)

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, 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)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« ____ » _____ г.
(дата оформления)

Примечание: При приеме лиц до 15 лет (детей) обязательно подписывается родителем или иным законным представителем.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____
(фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)

« ____ » _____ г. рождения,
(дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу:

_____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В ОТНОШЕНИИ:

« ____ » _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)

Проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:

_____ (вид медицинского вмешательства)
осуществляемое медицинским работником:

_____ (должность, ФИО медицинского работника)
в Обществе с ограниченной ответственностью «Правила жизни»

_____ (полное наименование медицинской организации)
Медицинским работником врачом - стоматологом - ортопедом: _____

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

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, в том числе вероятность развития осложнений:

- болезненных ощущений, изменения дикции, вкусовых и тактильных ощущений на этапе адаптации к конструкции;
- стираемости твердых тканей зубов антагонистов;
- изменение формы десны в области ортопедических конструкций;
- атрофии костной ткани протезного ложа под съёмной конструкцией;
- развития периимплантита;
- расцементировки конструкции;
- нарушения целостности тканей зуба, не защищённых ортопедической конструкцией (кариес корня, трещины и др.);

- возникновение хруста, щёлканья, боли в височно-нижнечелюстном суставе, дискомфорта при жевании, открывании и закрывании рта;

- аллергических реакций и др.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств, в соответствии официальной инструкцией по их применению, возможность осложнения с которой мне была предоставлена.

Я согласен(а) на применение всех необходимых лекарственных препаратов за исключением:

_____ (указать какие, либо: без исключений)

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все интересующие меня вопросы.

Исключений, запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением:

(указать какие, если имеются исключения)

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, 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)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« ____ » _____ г.
(дата оформления)

Примечание: При приёме лиц до 15 лет (детей) обязательно подписывается родителем или иным законным представителем.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____
«__» _____ Г. рождения,
(фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)
(дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу: _____

проживающий по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

в отношении: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

«__» _____ Г. рождения,
(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)

Проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

осуществляемое медицинским работником: _____
(вид медицинского вмешательства)

в Обществе с ограниченной ответственностью «Правила жизни»
(должность, ФИО медицинского работника)

Медицинским работником врачом - стоматологом - терапевтом: _____
(полное наименование медицинской организации)

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

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, в том числе вероятность развития осложнений:

- обострения хронического процесса и появления болевых ощущений, отёка окружающих зуб тканей;
- образования гематом;
- повышенной чувствительности на механические и температурные раздражители;
- прогрессирования заболевания;
- появления или усиления подвижности зубов;
- обнажения корней зубов;
- необходимости удаления зубов;
- аллергических реакций и др.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приёме лекарственных средств, в соответствии официальной инструкцией по их применению, возможность ознакомления с которой мне была предоставлена.

Я согласен(а) на применение всех необходимых лекарственных препаратов за исключением:

_____ (указать какие, либо: без исключений)

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все интересующие меня вопросы.

Исключений, запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением: _____

_____ (указать какие, если имеются исключения)

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, 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)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« ____ » _____ г.
(дата оформления)

Примечание: При приеме лиц до 15 лет (детей) обязательно подписывается родителем или иным законным представителем.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)

« ____ » _____ г. рождения,
(дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу: _____

проживающий по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

в отношении: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

« ____ » _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)

Проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: _____
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

осуществляемое медицинским работником: _____
(вид медицинского вмешательства)

в Обществе с ограниченной ответственностью «Правила жизни» _____
(должность, ФИО медицинского работника)

Медицинским работником врачом - стоматологом -терапевтом: _____
(полное наименование медицинской организации)

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

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, в том числе вероятность развития осложнений:

- повышенной чувствительности зубов на температурные раздражители в течение недели после пломбирования;
- перелома эндодонтических инструментов, перфорации корня зуба при лечении искривленных, склерозированных корневых каналов и удалении старых корневых пломб;
- невозможности удаления старых корневых пломб и отломков инструментов;
- появления болевых ощущений в зубе, чувствительности при откусывании и жевании, обострения хронического процесса, а также отека окружающих зуб тканей в процессе и после лечения корневых каналов;
- воспаления пульпы зуба при глубоких кариозных полостях;
- рецидива кариеса зубов;
- сохранения или прогрессирования воспалительного процесса вокруг зуба после лечения каналов;
- перелом депульпированного зуба;
- аллергических реакций и др.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств, в соответствии официальной инструкцией по их применению, возможность ознакомления с которой мне была предоставлена.

Я согласен(а) на применение всех необходимых лекарственных препаратов за исключением:

_____ (указать какие, либо: без исключений)

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все интересующие меня вопросы.

Исключений, запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением:

(указать какие, если имеются исключения)

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, 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)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« ____ » _____ г.
(дата оформления)

Примечание: При приёме лиц до 15 лет (детей) обязательно подписывается родителем или иным законным представителем.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, _____ (фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)
« ____ » _____ г. рождения,
(дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу: _____

проживающий по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

в отношении: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

« ____ » _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)

Проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

_____ (вид медицинского вмешательства)
осуществляемое медицинским работником: _____

_____ (должность, ФИО медицинского работника)

в Обществе с ограниченной ответственностью «Правила жизни»

_____ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником врачом - стоматологом -хирургом: _____

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

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, в том числе вероятность развития осложнений:

- неприятных болевых ощущений;
- отёка мягких тканей, возникновение воспаления, гематомы в зоне хирургического вмешательства;
- временного ограничения трудоспособности;
- отторжения имплантата, трансплантата или костно-замещающих препаратов;
- потери крови;
- аллергических реакций и др.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приёме лекарственных средств, в соответствии официальной инструкцией по их применению, возможность ознакомления с которой мне была предоставлена.

Я согласен(а) на применение всех необходимых лекарственных препаратов за исключением:

_____ (указать какие, либо: без исключений)

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все интересующие меня вопросы.

Исключений, запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением: _____

_____ (указать какие, если имеются исключения)

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, 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)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« ____ » _____ г.
(дата оформления)

Примечание: При приеме лиц до 15 лет (детей) обязательно подписывается родителем или иным законным представителем.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____
(фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)
« ____ » _____ Г. рождения,
(дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____

в отношении: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
« ____ » _____ Г. рождения,
(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)
Проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:
_____ (вид медицинского вмешательства)
осуществляемое медицинским работником: _____

в Обществе с ограниченной ответственностью «Правила жизни»
(должность, ФИО медицинского работника)
Медицинским работником врачом - стоматологом общей практики:
_____ (полное наименование медицинской организации)

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

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, в том числе вероятность развития осложнений:

- повышенной чувствительности зубов на температурные раздражители в течение недели после пломбирования;
- перелома эндодонтических инструментов, перфорации корня зуба при лечении искривленных, склерозированных корневых каналов и удалении старых корневых пломб;
- невозможности удаления старых корневых пломб и отломков инструментов;
- появления болевых ощущений в зубе, чувствительности при откусывании и жевании, обострения хронического процесса, а также отёка окружающих зуб тканей в процессе и после лечения корневых каналов;
- воспаления пульпы зуба при глубоких кариозных полостях;
- рецидива кариеса зубов;
- сохранения или прогрессирования воспалительного процесса вокруг зуба после лечения каналов;
- перелом депульпированного зуба,
- аллергических реакций и др.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств, в соответствии официальной инструкцией по их применению, возможность ознакомления с которой мне была предоставлена.

Я согласен(а) на применение всех необходимых лекарственных препаратов за исключением:

_____ (указать какие, либо: без исключений)

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все интересующие меня вопросы.

Исключений, запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением:

(указать какие, если имеются исключения)

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, 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)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« ____ » _____ г.
(дата оформления)

Примечание: При приёме лиц до 15 лет (детей) обязательно подписывается родителем или иным законным представителем.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВВОК ДЕТЯМ И ОТКАЗА ОТ НИХ**

1. Я, нижеподписавшийся(ая)

(фамилия, имя, отчество родителя (или законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного заразной инфекционной болезнью в возрасте до 16 лет) _____, законный представитель

(фамилия, имя, отчество и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного заразной инфекционной болезнью в возрасте до 16 лет) _____, года рождения, проинформирован(а) врачом:

- а) о том, что профилактическая прививка - это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;
- б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных побочных эффектах, последствиях отказа от неё;
- в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет перед проведением прививки (а при необходимости - медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;
- г) о выполнении предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 года № 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" отсутствие профилактических прививок влечёт:

- запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;

- временный отказ в приёме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

- отказ в приёме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском

заболевания инфекционными болезнями (Постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. №825 «Об

утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок»).

Я имел(а) возможность задать любые вопросы и на все вопросы получил(а), исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки _____

(название прививки)

возможных прививочных реакциях и побочных эффектах, последствиях отказа от неё, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:

добровольно соглашаюсь на проведение прививки _____

(название прививки)

добровольно отказываюсь от проведения прививки _____

(название прививки)

несовершеннолетнему _____

(фамилия, имя, отчество и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного

заразной инфекционной болезнью в возрасте до 16 лет)

Я, нижеподписавшийся(ая)

(фамилия, имя, отчество родителя (или законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного заразной инфекционной болезнью в возрасте до 16 лет) _____, законный представитель

Дата _____

(подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.

Врач _____

(Фамилия, имя, отчество)

(подпись) _____

Дата _____