

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина)

« _____ » _____ года рождения,

зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю **информированное добровольное согласие** на следующие виды медицинских вмешательств: _____

(наименование вида медицинского вмешательства)

для получения первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, / для получения первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, законным представителем которого Вы являетесь)

« _____ » _____ года рождения, зарегистрированный по

адресу: _____

(адрес места жительства гражданина, законным представителем которого Вы являетесь)

в **Медицинской автономной некоммерческой организации дополнительного профессионального образования "НОВАЯ ЭСТЕТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ".**

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

с возможным привлечением любого врача или ассистента АНО "Ньюстем Эстетик", участие которого будет необходимо.

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 или потребовать 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" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, 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)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Я понимаю, что результат лечения в каждом конкретном случае зависит не только от его качества, но и от индивидуальных особенностей организма и моя цель - получение положительного результата по восстановлению здоровья, может быть не достигнута.

Мне понятно, что необходимо строго следовать рекомендациям врача, этапам лечения, графику профилактических осмотров, соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, соблюдать гигиену полости рта, чтобы уменьшить вероятность осложнений. Несоблюдение данных условий, может снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии. Я проинформировал(а) доктора обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также обо всех известных мне заболеваниях, заполнив «Анкету о здоровье пациента».

Я задал(а) все интересующие меня вопросы и получил(а) на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех медицинских терминов, упоминавшихся в данном документе.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство» является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю, что подписываю информированное добровольное согласие сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, что полностью ознакомлен(а) со стоимостью всех услуг и возможностью получения соответствующих видов и объемов медицинских услуг без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Иркутской области; сроками и условиями гарантии; правилами оказания медицинских услуг.

Я принимаю решение о согласии на медицинское вмешательство в рамках предложенных условий.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

« _____ » _____ г.