**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

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

(фамилия, имя, отчество - полностью)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в соответствии со статьей 20 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской федерации" (утв. 21.11.2011 N 323-ФЗ) даю согласие на предоставление мне информации о своем здоровье лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении.

Я подтверждаю свое добровольное согласие на проведение консультаций, опроса, в том числе выявления жалоб, сбор анамнеза, осмотра, рентгенологических методов исследования, введение лекарственных препаратов по назначению врача, на обследования и лечение теми методами, которые соответствуют порядку и стандартам оказания стоматологической помощи.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

Я подтверждаю, что в моих интересах проинформировать лечащего врача обо всех имеющихся у  
меня и известных мне проблемах со здоровьем, о результатах ранее проведенных  
обследований и лечений, индивидуальной непереносимости и аллергических реакциях на  
следующие лекарственные средства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

о наличии у меня в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза,

венерических заболеваний, СПИД (ВИЧ-инфекции). Я тем самым не буду возлагать

ответственность на лечебное учреждение и врачей за последствия, которые могут возникнуть при

отсутствии данной информации.

Я согласен(согласна) о необходимости заботиться о своем здоровье и понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, а также сокрытие информации о состоянии моего здоровья может способствовать развитию местных и/или общих осложнений или даже стать их причиной, что мне необходимо немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия.

При опоздании на прием более чем на 20 минут по моей вине , услуга переносится на другое

время / другой день при наличии у врача свободных мест для записи.

Я подтверждаю, что ознакомлен (а) с Прейскурантом платных медицинских услуг , действующего на дату оказания стоматологической услуги.

Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком работы и правилам поведения в ООО «ДЕНТ-арт» и обязуюсь их соблюдать;

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и действует бессрочно. (дата, время)

 "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_201\_ года. Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  Расписался в моем присутствии:

 Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                  ( И.О. Фамилия)