

## **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

«Медицинское вмешательство - это любое обследование, лечение или иное действие преследующее профилактическую, лечебную или реабилитационную цель, выполняемое врачом или иным производителем медицинских услуг (определение ВОЗ 1994г.)»

(Основание ст.30, 31, 32, 33 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993г. N5487-1 и Приказ МЗ от 03.08.1999г. N303»)

Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество - полностью)

находясь на лечении в АУ ХМАО-Югры «Мегионская городская стоматологическая поликлиника», по моему добровольному желанию прошу провести мне все необходимые диагностические исследования и мероприятия, лечебные манипуляции и процедуры, а при необходимости - операции, связанные с лечением моего заболевания.

1. Я получил(а) от моего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении. Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил преимущества и сложности предполагаемого лечения.

2. Мне предложен план обследования и лечения, даны полные разъяснения о характере, целях и продолжительности возможных неблагоприятных эффектах диагностических процедур, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения.

3. Я понимаю, что в ходе выполнения медицинских действий может возникнуть необходимость осуществления других медицинских вмешательств, исследований, операций. Я доверяю врачам принимать необходимые в этих случаях решения, в соответствии с их профессиональными суждениями, и выполнять любые медицинские действия, которые врачи сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

4. Мне разъяснено, что медицинская услуга относится к категории опасных и возможные осложнения в процессе лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния моего организма. Я понимаю, что бывают случаи возникновения пост-пломбирочных болей, отсков, удаление зубов в связи с развившимися осложнениями и прочес.

5. Я проинформирован(а) об альтернативных методах лечения. Я ознакомлена) с планом предполагаемого мне лечения и действием применяемых лекарственных препаратов. Я предупрежден(а) о возможном изменении методов лечения в случае непереносимости мною некоторых препаратов.

6. Мне известно, что во время терапевтического (или хирургического) лечения могут быть выявлены заболевания или их особые формы, которые потребуют изменения объема медицинского вмешательства, на что я даю свое добровольное согласие.

7. Я согласен(на) на рентгенологическое обследование в необходимом объеме для полноценного лечения.

8. Мне сообщено, что в ходе лечения будет применена анестезия, выбор которой производится лечащим врачом, и даю на это согласие. Я понимаю, что всегда имеется риск при применении анестезии, и такой риск мне был полностью объяснен. Я даю на это согласие.

9. Я предупрежден(а) о том, что во время операции и/или после нее могут возникнуть осложнения, связанные с хирургическим вмешательством.

10. Мне разъяснены последствия, возникающие в случае моего отказа от медицинского вмешательства. Мне известно, что отказ от медицинского вмешательства в соответствии со ст.33 Закона РФ «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» оформляется в медицинской документации и подписывается мною (пациентом) либо моим законным представителем, а также медицинским работником.

11. Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья.

12. Я подтверждаю, что прочитал(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и возможные осложнения. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворяющие меня ответы, и у меня не осталось не выясненных вопросов к врачу.

13. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства в АУ ХМАО-Югры «Мегионская городская стоматологическая поликлиника». Пользуюсь правом, предоставленным мне ст.31, 61 Закона РФ «Основы законодательства об охране здоровья граждан»,

Я, \_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество)

Разрешаю давать информацию о моем заболевании (о характере и особенностях, о прогнозе и ожидаемых результатах, о возможных последствиях, а также любые другие сведения о моем здоровье) моему законному представителю:

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О, адрес, телефон)

Дата	Подпись пациента	Подпись врача	Дата	Подпись пациента	Подпись врача
«    »       20    г.			«    »       20    г.		
«    »       20    г.			«    »       20    г.		
«    »       20    г.			«    »       20    г.		
«    »       20    г.			«    »       20    г.		
«    »       20    г.			«    »       20    г.		