

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на выполнение и исследования, вмешательства, операции, лечение

г. Томск

« ____ » часов « ____ » минут

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с ФЗ от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Я, Ф.И.О. пациента находясь на лечении в Медицинском центре ООО Стоматологическая клиника «Здрава», по моему добровольному желанию прошу провести все необходимые диагностические исследования и мероприятия, лечебные манипуляции и процедуры, а при необходимости – анестезиологическое пособие и операции, связанные с лечением моего заболевания. Мне разъяснены состояние моего здоровья и заболевания, а также характер, порядок и содержание всех необходимых диагностических и лечебных мероприятий, соответствующих установленному и объявленному мне диагнозу моего заболевания и стадии его развития.

2. С анализами и результатами исследований подтверждающими поставленный мне диагноз ознакомлен(а).

3. Настоящим я доверяю Врачу _____ (в дальнейшем Врачу) и его коллегам
(Фамилия, И.О. лечащего врача)

Выполнять все необходимые мне исследования, вмешательства, операции.

4. Я информирован(а) о характере предстоящих мне исследований/манипуляций, связанным с ними риском и возможном развитии неприятных ощущений, осложнений и последствий:

1) болевых ощущениях; 2) повышенной кровоточивости; 3) тромбозе, эмболии (закупорке сосудов); 4) воспалительных явлениях; 5) обострении сопутствующих заболеваний; 6) аллергических реакциях; 7) колебаниях артериального давления; 8) механическом повреждении органа; 9) возможности нетрудоспособности и неблагоприятного жизненного прогноза.

5. Я проинформирован(а) об альтернативных данному виду методах лечения и о преимуществах данного вида. Я также ознакомлен(а) с планом предлагаемого мне поэтапного и медикаментозного лечения и действием данных препаратов, с возможным изменением медикаментозной терапии в случае непереносимости мною тех или иных препаратов, изменением состояния моего здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами.

6. Я предупрежден(а) о последствиях отказа от предлагаемого метода исследования/манипуляции, включая возможные осложнения.

7. Мне разъяснено, что в ходе выполнения медицинских действий, проводимых мне, может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, исследований, операций, лечебных мероприятий не указанных в п. 3. Я доверяю Врачу и его коллегам принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые Врач сочтет необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения моего состояния.

8. Я заявляю, что в Анкете пациента изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья, наследственных, психических, венерических и других заболеваниях в моей семье.

9. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

10. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

11. Я ознакомлен(а) с распорядком дня, нормами и правилами поведения, правилами оказания медицинских услуг в медицинском центре ООО Стоматологическая клиника «Здрава» и обязуюсь соблюдать их.

12. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне Врачом, оно мне полностью понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

Подпись пациента _____

Ф.И.О. пациента.

Подпись врача _____

Фамилия (полностью). И.О.