**Информированное добровольное согласие пациента на медицинское обследование, вмешательство, операцию, лечение**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.)

Я, паспорт: серия\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_, кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ когда выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ФИО ребенка или недееспособного гражданина, год рождения)

получил (а) исчерпывающую информацию о необходимости и целесообразности проводимых вмешательств, о последствиях отказа от предлагаемого лечения.

Я информирован (а) о целях, характере, содержании, методах оказания стоматологической помощи, связанном с ним риске, о возможных вариантах медицинских вмешательств, а также о том, что в ходе их выполнения могут произойти обстоятельства, которые потребуют внесения изменений в первоначальный план.

Я ознакомлен (а) с планом лечения и добровольно даю согласие на проведение медицинского обследования ( в том числе осмотра) и рентгенологические исследования на этапе диагностики и лечения.

Я согласен(а) на проведение ИП Бережнов С.В. следующих медицинских вмешательств, операций

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

я извещен(а) о то, что мне (представляемому) необходимо немедленно сообщить врачу о любом ухудшении самочувствия, строго и неукоснительно выполнять все указания и рекомендации врача, которые я буду получать при получении стоматологической помощи, а также о возможных неблагоприятных последствиях в следствии их несоблюдения

я предупрежден(а) и осознаю, что несоблюдение рекомендаций врача, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество представляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок

я поставил(а) в известность врача о наличии у меня (представляемого) аллергических реакций или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, представил врачу другие сведения, которые могут повлиять на выбор и метод оказания медицинских услуг.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю согласие на обследование и лечение в предложенном объеме

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие пациента на медицинское обследование, вмешательство, операцию, лечение**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.)

Я, паспорт: серия\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_, кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ когда выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ФИО ребенка или недееспособного гражданина, год рождения)

получил (а) исчерпывающую информацию о необходимости и целесообразности проводимых вмешательств, о последствиях отказа от предлагаемого лечения.

Я информирован (а) о целях, характере, содержании, методах оказания стоматологической помощи, связанном с ним риске, о возможных вариантах медицинских вмешательств, а также о том, что в ходе их выполнения могут произойти обстоятельства, которые потребуют внесения изменений в первоначальный план.

Я ознакомлен (а) с планом лечения и добровольно даю согласие на проведение медицинского обследования ( в том числе осмотра) и рентгенологические исследования на этапе диагностики и лечения.

Я согласен(а) на проведение ИП Бережнов С.В. следующих медицинских вмешательств, операций

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

я извещен(а) о то, что мне (представляемому) необходимо немедленно сообщить врачу о любом ухудшении самочувствия, строго и неукоснительно выполнять все указания и рекомендации врача, которые я буду получать при получении стоматологической помощи, а также о возможных неблагоприятных последствиях в следствии их несоблюдения

я предупрежден(а) и осознаю, что несоблюдение рекомендаций врача, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество представляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок

я поставил(а) в известность врача о наличии у меня (представляемого) аллергических реакций или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, представил врачу другие сведения, которые могут повлиять на выбор и метод оказания медицинских услуг.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю согласие на обследование и лечение в предложенном объеме

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_