

Соблагов

Информированное добровольное согласие на стоматологическое лечение

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

я, Иванова Марина Ивановна (мама ребенка)

(фамилия, имя, отчество – полностью)

« 11 » 01.2014 г. рождения, зарегистрированный по адресу:

г. Уг. ул. Терешкиной 5-12

Иванов Иван Сергеевич (ребенок)

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определённых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утверждённый приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г. № 390н и на виды стоматологической помощи (препарирование зуба, медикаментозная обработка, ампутация, экстирпация, механическая обработка корневых каналов, пломбирование корневых каналов, наложение пломбы, удаление зуба, разрез, наложение швов, местная анестезия, снятие зубных отложений, кюретаж пат-х зуб/десн.карманов, кюретаж лунки, диатермокоагуляция, электрофорез корневых каналов, вскрытие абцесса, хирургическая обработка раны, остановка луночного кровотечения, резекция верхушки корня, гингивопластика, гингивэктомия, пластика уздечек языка, губ, лечение перикоронита, промывание протока слюнной железы, удаление камней из протока слюнных желез, удаление атеромы, снятие швов, наложение повязки при операциях и при заболеваниях полости рта, коррекция объёма и формы альвеолярного отростка, наложение шины при переломе челюсти).

Мне, для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в _____

ТДЧЗ СТ 2

(полное наименование медицинской организации)

медицинским работником _____

Камунова Н.Т. (ФЧО врача)

(должность, фамилия, имя, отчество медицинского работника)

объяснён в понятной и доступной мне форме основной план лечения, включая ожидаемые результаты, риск и пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, а также необходимые исследования и врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим.

Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения. Мне разъяснено, что имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446) и от иных видов медицинских вмешательств, не включенных в Перечень.

Объяснены мне сопутствующие явления планируемого лечения, включая: боль, неудобство, припухлость, чувствительность к холоду и теплу.

Мне объяснено и я понял (а), что существует вероятность того, что во время осуществления основного плана лечения выяснится необходимость в частичном или полном изменении данного плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В том числе направление в клинику врачей-специалистов (хирург, ортопед), и мне это известно.

Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии моего здоровья, а также выполнения всех полученных от врача и персонала указаний, касающихся соблюдения гигиены полости рта, проведения консервативного лечения, в котором я буду нуждаться, и визитов в указанные сроки.

Настоящим я даю согласие на осуществление основного плана лечения. Мое согласие также дано на осуществление местной анестезии, и это после того, что мне ясны и понятны риск и осложнения, связанные с местной анестезией, включая временные ограничения открывания рта.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

Plid

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество медицинского работника)

Решение о медицинском вмешательстве

(вид медицинского вмешательства)

без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя в случаях и порядке, предусмотренных соответственно частью 9 и частью 10 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» принято:

- консилиумом врачей, врачебной комиссией, лечащим (дежурным) врачом

(ненужное зачеркнуть)

Реквизиты протокола врачебной комиссии:

(подпись)

(фамилия, имя, отчество и должность медицинского работника)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество и должность медицинского работника)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество и должность медицинского работника)

- судом:

(указываются реквизиты решения суда, согласно которого разрешено проведение медицинского вмешательства)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество и должность медицинского работника)

Дата

01.11.2013

Подпись

СМ

Я подтверждаю, что объяснил _____