

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, √ _____,
зарегистрированный по адресу: _____,
информирован(-а) о состоянии здоровья моего ребенка _____,
на момент моего обращения за медицинской помощью.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил детальные объяснения в устной форме о необходимости стоматологического лечения моему ребенку.

Мне известно, что медицинская услуга относится к категории опасных и возможные осложнения в процессе лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния организма моего ребенка.

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

Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Мне объяснены 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 лечения моему ребенку выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее, вплоть до удаления зубов не поддающихся консервативному лечению, а также направление к другим специалистам (хирургу, пародонтологу, ортодонту и т.д.), и мне это известно.

Мне ясна вся важность передачи точной достоверной информации о состоянии здоровья моего ребенка, а также выполнений всех полученных от врача и персонала рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, проведения консервативного лечения, в котором будет нуждаться мой ребенок, приема лекарственных препаратов назначенных врачом и визитов в указанные сроки.

Я согласен(-а) на проведении рентгенографии при обследовании и лечении зубов, необходимой для полноценной диагностики и контроля проведенных лечебных манипуляций.

Я даю согласие на проведение моему ребенку рентгенографии, компьютерной томографии, фото-, видео фиксации (как конечного результата, так и этапов лечения) при обследовании и проведении лечения моего ребенка. Я понимаю, что это необходимо для полноценной диагностики и контроля качества проведенных лечебных манипуляций.

Я получил(-а) полную информацию о стоимости лечения моего ребенка, согласен(-а) с тем, что в процессе данного лечения могут быть изменения в стоимости в большую или меньшую сторону, связанные с особенностью лечения зубов моего ребенка.

Я информирован, (согласно ст. 79 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ) о возможности получения данного вида медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и

территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в медицинских организациях г. Красноярска и Красноярского края, участвующих в программе ОМС.

Исключений, запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства, мой ребенок не имеет.

Я удостоверяю, что текст данного информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение каждого пункта данного документа. Мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, связанные с лечением моего ребенка, заболевания и последующего реабилитационного периода. Полученные разъяснения (ответы) понятны и удовлетворяют меня. У меня не осталось невыясненных вопросов к врачу. Рекомендации, памятка мною получены.

Настоящий документ является приложением к Договору возмездного оказания медицинских услуг, неотъемлемой частью медицинской карты моего ребенка.

Настоящим я даю согласие на осуществление лечения моего ребенка.

С рекомендациями, планом лечения, режимом лечения ознакомлен, обязуюсь их выполнять.

Законный представитель √ _____ / _____
ФИО, подпись

Врач _____ / _____
ФИО, подпись

« _____ » _____ 20 ____ г.