|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| к договору №  об оказании платных медицинских услуг |  |
| от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |  |
| **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ** |
| **НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО** |
|  |   |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», при заключении договора № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ об оказании платных медицинских услуг от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г., мне предоставлена в доступной форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи (медицинских услуг), связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. |  |
| Мне разъяснен предполагаемый план предстоящего лечения с указанием предполагаемых сроков лечения (промежуточных и конечного) и приблизительной стоимости лечения. Настоящим подтверждаю, что согласен(на) с предложенным мне лечащим врачом планом лечения. |  |
| Я предоставил(а) лечащему врачу информацию о состоянии моего здоровья, в том числе о перенесенных заболеваниях, операциях, травмах, аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, противопоказаниях, о применяемых в момент оказания медицинских услуг лекарственных препаратах, и иных обстоятельствах, которые могут неблагоприятно сказаться на качестве оказываемых медицинских услуг. Я предупрежден(а), что предоставление мной неполной или недостоверной информации (указанной выше) может неблагоприятно сказаться на качестве оказываемых медицинских услуг, повлечь неблагоприятные последствия, не исключая летальный исход. |  |
| Я предупрежден(а) о необходимости выполнять медицинские назначения и рекомендации лечащего врача, необходимые для надлежащего оказания медицинских услуг, принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать лечащему врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с лечащим врачом прием любых, не прописанных препаратов. |  |
| Я разрешаю применение лекарственных средств и препаратов, которые необходимы для надлежащего оказания медицинских услуг. Я понимаю, что при применении любых лекарственных средств и препаратов существует риск проявления аллергической реакции. |  |
| Я проинформирован(а) и полностью осознаю, что любому оперативному вмешательству (процессу) присущи определенные осложнения, в частности, при оперативном процессе в полости рта наиболее часто случаются следующие осложнения: послеоперационное кровотечение, появление припухлости и отечности мягких тканей, которые могут требовать хирургического вмешательства (разрезы и т.п.), гематомы, затрудненное открывание рта, присоединение инфекции, временное или постоянное онемение или чувство покалывания в губах, языке, подбородке, в области десен и зубов. Иногда возможны тошнота, рвота, аллергические реакции, замедленное заживание, болезненность, прободение гайморовой пазухи. При проведении эндодонтического лечения возможно появление эффекта «выросшего зуба», болезненности при накусывании и временной чувствительности по отношению к холодным и горячим раздражителям. Я осознаю, что, несмотря на все возможные осложнения, данное лечение (процедура) необходимо и проводится с моего разрешения. |  |
| Я предупрежден(а) и осознаю, что в ходе лечения могут быть назначены дополнительные процедуры, дополнительные (специализированные) методы обследования, путём проведения рентгенографических и других необходимых диагностических мероприятий, которые осуществляются за отдельную плату. При отсутствии соответствующих технических возможностей, Исполнитель оставляет за собой право направить на прохождение необходимых диагностических мероприятий в иную специализированную медицинскую организацию. |  |
| Мне разъяснены ограничения, связанные с приемом пищи и гигиеническим уходом за полостью рта (чистить зубы утром и вечером, а также после каждого приема пищи, межзубные пространства прочищать зубными нитями и т.д.), соблюдение которых я должен(на) обеспечить в послеоперационный период. Я предупрежден(а), что нарушение данных ограничений может повлечь неблагоприятные последствия, неблагоприятно сказаться на качестве оказываемых медицинских услуг. |  |
| Я согласен(на) с тем, что специальные виды лечения (хирургические, профилактические, зубное протезирование и пр.) будут осуществляться соответствующими специалистами клиники. |  |
| Мое информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство является добровольным, осознанным волеизъявлением. |  |
| Настоящим подтверждаю, что прочел(а) и понял (а) вышеизложенное, имел(а) объективную возможность обсудить с лечащим врачом все вопросы касающиеся предстоящего лечения. На все возникшие вопросы мне были предоставлены удовлетворяющие меня ответы. |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| подпись ФИО полностью |  |
| «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |  |
|  |   |
| Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство Пациента принял |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| подпись лечащего врача ФИО полностью |  |