**Информированное добровольное согласие**

Г. Тюмень «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 30, 31,32,33 Основ законодательства

Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года №5487-1.

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество-полностью)

Обращаюсь в стоматологию ООО «А-Пломб» г.Тюмень на проведение осмотра и лечения стоматологических заболеваний.

Я, по моему добровольному желанию, прошу провести мне осмотр, и при необходимости диагностические исследования и мероприятия, связанныес выявлением моего заболевания и лечения, выявленных стоматологических заболеваний.

1. **Мне разъяснен порядок получения услуг по полису ОМС (бесплатно).**
2. **Мне разъяснено, что услуга, оказываемая мне на платной основе, не входит в программу ОМС и не может быть получена бесплатно. Я ознакомлен(а) с прейскурантом цен.**
3. Мне разъяснены состояние моего здоровья и заболевания, а так же характер, порядок и содержание всех необходимых диагностических и лечебных мероприятий, соответствующих установленному и объявленному мне диагнозу моего заболевания и стадии его развития.
4. Я информирован(а) о характере предстоящих исследований/манипуляций, связанным с ними риском и возможном развитии неприятных ощущений, осложнений и последствий: 1) болевых ощущений; 2)повышенной кровоточивости; 3)воспалительных явлений; 4)обострений сопутствующих заболеваний; 5)аллергический реакциях; 6)колебаниях артериального давления; 7)механическом повреждении органа; 8)возможности нетрудоспособности(нужное подчеркнуть).
5. Я проинформирован(а) о предполагаемом мне лечении, об альтернативных данному виду методах лечения и о преимуществах данного вида.
6. Я предупрежден(а) о последствиях отказа от предлагаемого метода исследования/манипуляции, о последствиях отказа от лечения, включая возможные осложнения.
7. Я информирован(а) о необходимости проведения рентгенологического исследования.
8. Мне разъяснено, что в ходе выполнения медицинских действий , проводимых мне, может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, направленных на более эффективное и качественное лечение.
9. Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья.
10. На все вопросы, связанные с моими заболеваниями, я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
11. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение осмотра и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие**

Г. Тюмень «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 30, 31,32,33 Основ законодательства

Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года №5487-1.

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество-полностью)

Обращаюсь в стоматологию ООО «А-Пломб» г.Тюмень на проведение осмотра и лечения стоматологических заболеваний.

Я, по моему добровольному желанию, прошу провести мне осмотр, и при необходимости диагностические исследования и мероприятия, связанные с выявлением моего заболевания и лечения, выявленных стоматологических заболеваний.

1. **Мне разъяснен порядок получения услуг по полису ОМС (бесплатно).**
2. **Мне разъяснено, что услуга, оказываемая мне на платной основе, не входит в программу ОМС и не может быть получена бесплатно. Я ознакомлен(а) с прейскурантом цен.**
3. Мне разъяснены состояние моего здоровья и заболевания, а так же характер, порядок и содержание всех необходимых диагностических и лечебных мероприятий, соответствующих установленному и объявленному мне диагнозу моего заболевания и стадии его развития.
4. Я информирован(а) о характере предстоящих исследований/манипуляций, связанным с ними риском и возможном развитии неприятных ощущений, осложнений и последствий: 1) болевых ощущений; 2)повышенной кровоточивости; 3)воспалительных явлений; 4)обострений сопутствующих заболеваний; 5)аллергический реакциях; 6)колебаниях артериального давления; 7)механическом повреждении органа; 8)возможности нетрудоспособности(нужное подчеркнуть).
5. Я проинформирован(а) о предполагаемом мне лечении, об альтернативных данному виду методах лечения и о преимуществах данного вида.
6. Я предупрежден(а) о последствиях отказа от предлагаемого метода исследования/манипуляции, о последствиях отказа от лечения, включая возможные осложнения.
7. Я информирован(а) о необходимости проведения рентгенологического исследования.
8. Мне разъяснено, что в ходе выполнения медицинских действий , проводимых мне, может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, направленных на более эффективное и качественное лечение.
9. Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья.
10. На все вопросы, связанные с моими заболеваниями, я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
11. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение осмотра и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата предоставления добровольного медицинского согласия

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Подпись гражданина или законного представителя гражданина | ФИО подпись медицинского работника |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Дата предоставления добровольного медицинского согласия

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Подпись гражданина или законного представителя гражданина | ФИО подпись медицинского работника |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |