

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
на осмотр и диагностические манипуляции

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина – полностью, год рождения)

проживающий по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя гражданина)

Этот раздел бланка заполняется только в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____

(фамилия, имя, отчество – полностью)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

ф. и. о: ребенка или недееспособного гражданина (полностью), год рождения

добровольно обращаюсь за медицинской помощью в ООО «Прима Орис» (Стоматологическая клиника «Ортодонт Комплекс»), предоставляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии (моего) здоровья (здоровья моего подопечного, в том числе, об отсутствии (или о наличии):

- аллергических заболеваний и реакций, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и пищевых продуктов;

- носительства ВИЧ-инфекции;

- вирусных гепатитов, туберкулеза, инфекций, передаваемых половым путем;

- воздействий на организм вредных факторов внешней среды (излучений, химических воздействий и др.);

- других хронических и острых заболеваний или лихорадочного состояния;

- обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях;

- о принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов;

- сведения о наследственности, а также об употреблении (неупотреблении) алкоголя, наркотических и

токсических средств, и **соглашаюсь на проведение:**

• осмотра врача-стоматолога (дежурного, лечащего, приглашенных врачей консультантов и т.д.)
• все виды дополнительной диагностики, включая лучевую диагностику (компьютерная конусно-лучевая томография, цифровая ортопантомография и телерентгенография, внутриротовая контактная рентгенография и радиовизиография)
• фото-видео документирования
• разрешаю полученные фото-видео, статистические данные использовать в научных целях: публикациях, конференциях, симпозиумах, исследовательских работах.
• ни при каких обстоятельствах мне не должны выполняться следующие диагностические и иные манипуляции: _____

для получения максимально полной картины состояния органов полости рта, диагностики и составления предварительного комплексного стоматологического плана лечения.

С положением «Об установлении гарантийных сроков и сроков службы при оказании стоматологических услуг» ознакомлен(а).

Мне объяснены характер и особенности проведения осмотра и диагностических манипуляций. Даны пояснения об ощущениях, возникающих при проведении осмотра и диагностических манипуляций, и способах их минимизации.

Я ознакомлен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты. Разрешаю давать информацию о моем заболевании, прогнозе, лечении:

(Ф.И.О., родственные отношения, телефон)

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. лечащего врача либо иного медицинского работника, участвующего в оказании медицинской помощи)

(дата оформления)