

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, нижеподписавшийся(аяся), \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество пациента)

настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. №; 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и ст. 28 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме, проинформирован(а):

- о состоянии своего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания;

- о результатах лечения и обследований, проведенных до настоящего момента; о прогнозе и методах дальнейшего лечения заболевания;

- о необходимости и целесообразности применения в дальнейшем тех или иных лекарственных средств;

- о всех возможных вариантах медицинского вмешательства, альтернативных видах и методах лечения;

- о целях и формах, болезненности и длительности, предлагаемых вариантах

медицинского вмешательства,

- о наличии показаний к проведению мне указанных выше видов и методов лечения;

- о возможных последствиях и осложнениях, о режимах моего поведения до, во время и после лечения, об этапах лечения и о возникновении дополнительных вмешательств на том или ином этапе лечения.

Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, подтверждаю, что мне понятны используемые термины, суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания, добровольно в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. №; 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие на медицинское вмешательство в стоматологической клинике ООО «Мотылек»

На проведение мне вышеуказанного медицинского вмешательства уполномочиваю

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, должность медицинского работника)

