



Beauty Dent

Основание: статья 20 ФЗ № 323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1051н от 12.11.2021г.
ИИН: 0278 986812 ОГРН: 1250200010290 № ЛО41-01170-02/03175899 от 12.09.2025 года

Приложение к договору и к амбулаторной карте
стоматологического больного № _____

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(ФИО пациента, число, месяц, год рождения либо законного представителя)
зарегистрированного, проживающего по адресу:

(адрес регистрации, проживания гражданина или законного представителя)

в отношении _____ « ____ » _____ г.р.,
(ФИО пациента при подписании согласия законным представителем)
проживающего по адресу:

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие, о том, что мое лечение проведет врач:

(Ф.И.О. врача)

Этот документ подтверждает, что я ознакомлена с необходимым первичным планом обследования и возможными методами лечения, включающими в себя: осмотр врача, проведение консультаций специалистов, проведение методов исследований и согласен (а) с применением в рамках договора оказания платных медицинских услуг данных видов медицинских вмешательств. Мне сообщено, о показании стоматологического лечения, в дальнейшем «лечение», сообщен диагноз, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур. В соответствии с Порядком установленным Приказом Минздрава России от 12.11.2021г №1051н «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства», мне, перед оформлением информированного добровольного согласия, предоставлена в доступной форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Я понимаю, что результаты медицинского вмешательства при имеющемся заболевании зависят от своевременности проведения процедуры, общего состояния организма, индивидуальных анатомо-физиологических особенностей, выполнения рекомендаций врача.

Предполагаемым результатом оказания медицинской услуги является установление предварительного диагноза и формирование предварительного плана лечения, ортодонтического, стоматологического лечения и протезирования. При этом, я понимаю, что организм является биологической системой неподконтрольной в 100% случаев сознанию человека, поэтому невозможно гарантировать 100% точность и окончательность установленного диагноза. Я также понимаю, что в ряде случаев окончательный диагноз может быть установлен только непосредственно в ходе медицинского вмешательства

(например: наличие пульпита может быть выявлено в ходе лечения кариеса), что в подобных случаях может потребовать проведения дополнительного обследования и изменения предварительно согласованного Плана лечения, соответственно и стоимости лечения.

Я понимаю, что для более точного диагноза врач может назначить дополнительные исследования и диагностику, такие как: рентгенография, КЛКТ челюстей и пазух, МРТ.

Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья, существующих заболеваниях, в том числе хронических, о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время. Мне, разъяснены методы реабилитации после проведения лечения, способствующие скорейшему выздоровлению, – выполнение рекомендаций врача, посещение пациентом врача для контрольных осмотров. Я предупрежден(а) о том, что последствиями отказа от данного стоматологического вмешательства могут быть прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма.

Настоящим я даю согласие на проведение медицинской фото- и/или видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимая, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью Клиники. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства.

Я разрешаю **врачу** опубликовать информацию о лечении меня в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я даю добровольное согласие на стоматологическое лечение.

Подпись пациента или законного представителя _____ / _____
Ф.И.О. (полностью)

Подпись врача _____ / _____
Ф.И.О. (полностью)

Дата «__» _____ 20__ г.