

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Приложение №3 к медицинской карте стоматологического больного

Я, _____
(ФИО пациента, достигшего 15 полных лет)

либо _____, (ФИО родителя или иного законного представителя)
Далее – Заказчик, представляющий интересы несовершеннолетнего/недееспособного; _____ (ФИО пациента, не достигшего 15 лет либо недееспособного)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, включая виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определённых видов медицинских вмешательств, утвержденный приказом Минздрава от 23.04.12 г. N 390н, **при первом обращении за предоставлением первичной медико-санитарной помощи в медицинскую организацию ООО "ИвлевГрупп" (далее Клиника).**

1. Врач стоматолог в доступной для меня форме предоставил мне полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с её оказанием риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, в том числе вероятность развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Мною были заданы доктору все интересующие вопросы о целях, методах оказания вышеуказанной медицинской помощи, связанном с её оказанием риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи и были получены исчерпывающие и понятные разъяснения в доступной для меня форме.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных законом.

Мне разъяснены в понятной для меня форме все последствия отказа от медицинского вмешательства, мною были заданы все интересующие меня вопросы, связанные с отказом либо прекращением медицинского вмешательства и получены в доступной для меня форме исчерпывающие ответы.

Даю своё согласие Исполнителю на осуществление фото/видео фиксации хода лечения и его результатов, в состоянии до и после лечения; на использование полученных фото/видео материалов в образовательных целях, для повышения квалификации сотрудников, в научных целях, с целью контроля качества оказанного лечения, в средствах массовой информации и (или) сети Интернет при проведении рекламных или маркетинговых акций, без указания моих персональных данных.

2. Прошу предоставлять мне информацию о состоянии моего здоровья (здоровья несовершеннолетнего/недееспособного), в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

Для пациентов, достигших 15 летнего возраста:

Помимо меня, вышеуказанную информацию о состоянии моего здоровья прошу предоставлять моему родителю/иному законному представителю _____.

(ФИО родителя или иного законного представителя, тел.)

Подпись пациента, достигшего 15-ти летнего возраста _____

3. Даю добровольное согласие Клинике на обработку моих персональных данных/персональных данных лица, в отношении которого заключен договор (включая автоматизированную) с целью исполнения Клиникой своих прав и обязанностей по заключенному договору оказания стоматологических услуг; на предоставление указанных персональных данных Клиникой в адрес страховой компании с целью исполнения Клиникой своих прав и обязанностей по договору оказания медицинских услуг, заключенному со страховой компанией, в рамках которого пациенту оказываются стоматологические услуги; на предоставление моих персональных данных/персональных данных лица, в отношении которого заключен договор в иных случаях, предусмотренных законом. Моими и (или) персональными данными лица, указанного в договоре, являются: ФИО, дата рождения, адрес, сведения об объёме и стоимости лечения. Согласие даётся бессрочно и может быть отозвано в письменной форме.

Подпись _____

(пациент, достигший 18-ти летнего возраста / родитель/иной законный представитель(Заказчик).

4. В соответствии с постановлением Правительства РФ от 04.10.12 г. № 1006 "Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" до момента заключения договора оказания стоматологических услуг совершеннолетний Заказчик/Пациент были письменно уведомлены Клиникой о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика/Пациента.

Подпись _____

(пациент, достигший 18-ти летнего возраста / родитель/иной законный представитель(Заказчик).

5. Текст информированного согласия прочитан мною лично, мне понятен, все вопросы относительно его содержания заданы доктору и получены ответы.

Своей собственноручно выполненной подписью подтверждаю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Подпись пациента _____
(достигшего 15 полных лет)

Подпись врача _____

Подпись Заказчика

(родителя/иного законного представителя несовершеннолетнего до 15 лет либо недееспособного) _____

Дата _____