

Информированное добровольное согласие пациента на стоматологический осмотр и консультацию

Московская область, г. Подольск

« ____ » _____ 20__ г.

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446), Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N390н "Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи», Федеральным законом от 07.02.1992 г. № 2300 -1 «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг,

Я, _____, _____,
(Фамилия, Имя, Отчество гражданина, законного представителя) (дата рождения)

даю информированное добровольное согласие на проведение мне или лицу, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть) _____

(Ф.И.О. лица, от имени которого, выступает законный представитель)

консультаций (осмотров, опросов).

Я понимаю, что врачебная консультация – это обсуждение вопроса, касающегося моего здоровья с врачом, являющимся специалистом в конкретной области медицины.

В ходе консультации будет произведено:

- мой опрос осмотр с целью получения необходимой информации о жизни и здоровье (анамнез);
- обследование с помощью тонометра (измерение артериального давления), термометра (измерение температуры тела) и прочее;
- осмотр полости рта, манипуляции и исследования, направленные на получение максимально полной картины состояния моей полости рта;
- диагностика и назначение предварительного плана лечения.

При окончании консультации мне будет дано заключение врача, отражающее его профессиональное мнение (предварительный или окончательный диагноз, дальнейший план обследования и лечения, и пр. по усмотрению врача).

Я понимаю, что мне могут быть рекомендованы повторные консультации врачей, при этом дополнительное оформление и подписания мною «Информированного добровольного согласия на проведение консультации» не требуется, и я даю свое согласие на их проведение.

Мне известно, что медицинские услуги, оказываемые Исполнителем, могут быть получены бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Содержание настоящего документа мною прочитано, мне разъяснено и полностью понятно. Дополнительных разъяснений не требуется, что удостоверяю своей подписью.

СОГЛАСИЕ:

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на стоматологический осмотр и консультацию.

Пациент _____ « ____ » _____ 20__ г.
(ФИО пациента, либо законного представителя) (подпись)

ОТКАЗ:

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь предоставлять согласие на стоматологический осмотр и консультацию.

Пациент _____ « ____ » _____ 20__ г.
(ФИО пациента, либо законного представителя) (подпись)