*Приложение к Договору на оказание платных услуг*

*и медицинской карте №\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_\_\_г.*

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:**

Консультация специалиста, включая опрос, осмотр, комплексное обследование с применением инструментальных и рентгенологических методов и иные виды медицинского вмешательства для получения первичной медико-санитарной помощи.

*Настоящий документ составлен в письменной форме в соответствии с требованиями ст.20 Федерального закона РФ от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Приказа Минздрава РФ №1177н от 21.12.2012 г. «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств , форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» и подписание этого документа гражданином (пациентом) является необходимым, предварительным, добровольным условием медицинского вмешательства, согласие на которое дается гражданином (пациентом) при выборе врача и медицинской организации на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.*

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество пациента)

Обратился(ась) в медицинскую организацию ООО «Дент-ас» для получения медицинской помощи по диагностике, профилактике и лечению стоматологических заболеваний.

Я проинформирован(а) врачом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_о том, что прежде чем

( Фамилия имя отчество врача)

приступить к лечению и/или профилактике, необходимо получение консультации соответствующего врача-специалиста и осуществление определенных видов медицинского вмешательства, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.04.2012 г. №390н: **опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе с помощью инструментов и препаратов, пальпация, перкуссия термодиагностика, определение прикуса, виртальное окрашивание твердых тканей зуба; антропометрические исследования челюстно-лицевой области; тонометрия; рентгенологические методы обследования, в том числе прицельная внутриротовая контактная рентгенография (RVG) и общедиагностическая ортопантомография (ОПТГ) или томография; ультразвуковые исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно.**

Мне разъяснено, что это медицинское вмешательство проводится в целях своевременной и полной диагностики имеющихся у меня стоматологических заболеваний, правильного и оптимального выбора методов медицинской помощи и медицинских технологий, минимизации рисков медицинского вмешательства, достижения прогнозируемой положительной динамики, стабилизации хронического патологического процесса (заболевания), улучшения состояния ремиссии, купирования очага воспаления (осложнения), полной и частичной компенсации функции утраченного зуба (зубов), снижения рисков прогрессирования имеющегося у меня заболевания и возникновения нового патологического процесса (заболевания).

Я информирован(а) и осознаю, что удаление зуба (зубов) может быть методом оказания медицинской помощи и не исключает факта оказания качественных стоматологических медицинских услуг.

Я информирован(а) и осознаю необходимость предоставления врачу достоверной и полной информации о жалобах, болевых и иных неприятных ощущениях в полости рта, времени их появления, о наличии каких-либо сопутствующих заболеваний, особенно аллергии, заболеваний кровеносной системы, сердца и нахождении под наблюдением врача по поводу хронических заболеваний. Я осознаю необходимость предоставления врачу достоверных и полных ответов на его вопросы об имеющихся у меня жалобах, которые послужили причиной моего обращения к врачу, имеющихся сопутствующих заболеваниях и состоянии моего здоровья.

Я информирован(а) о том, что медицинские вмешательства , проводимые мне в диагностических целях, в том числе с применением инструментов, могут быть мне неприятны и даже болезненны. Но неприятные и болезненные ощущения постепенно пройдут, примерно в течение часа после их окончания.

Я информирован(а) о необходимости и порядке проведения рентгеновских исследований, о правилах поведения пациента при проведении данной процедуры, вредном воздействии ионизирующего излучения рентгеновского оборудования, о необходимости применения индивидуальных средств радиационной защиты (фартука), возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что именно будет делать медицинский работник (рентгенлаборант) во время проведения этой процедуры.

Я информирован(а), что при получении рентгенограммы неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение рентгеновского снимка ( в случаях движения пациента во время процедуры, большая мышечная масса и плотность лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.)

Я информирован(а) о моем праве отказаться от медицинского вмешательства (лечения) как в полном объеме плана обследования и /или плана лечения, так и частично, либо потребовать его прекращения, оформив свой отказ в письменной форме, но понимаю, что невыполнение мною в полном объеме всех назначений и рекомендаций врача, рекомендованного им плана обследования и/или плана лечения, снижает качество оказываемой медицинской помощи (медицинского вмешательства), и может повлечь за собой невозможность завершения ее в срок, не достижение ожидаемого результата медицинской помощи, а также отрицательно скажется на моем состоянии здоровья.

Я разрешаю осуществлять фотографирование моей полости рта и зубов до начала лечения, на этапах лечения и после завершения лечения, которое осуществляется в целях контроля качества медицинской помощи, а также использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания фамилии и имени в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе.

Я разрешаю в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предоставлять информацию о состоянии моего здоровья, в том числе о результатах медицинского обследования, наличии заболеваний, об установленном диагнозе, степени тяжести и характере заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) всех вышеизложенное, что имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с диагностикой и лечением стоматологических заболеваний и последующим реабилитационным периодом. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я даю свое добровольное (без принуждения). Информированное и осознанное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.04.2012 г. №390н, для получения первичной медико-санитарной помощи, а также свое согласие на составление плана обследования и плана лечения, содержащего необходимые методы диагностики, лечения и профилактики.

Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

подпись расшифровка подписи

Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.