ШВЕЙЦАРСКАЯ ЭСТЕТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

350072, Краснодарский край, г. Краснодар,
ул. Московская, дом № 57/1, офис 8
+7(918)070 70 25
swissdent.su

ООО "Точная стоматология"
ОГРН 1162375039727, ИНН 2310194720, КПП 231001001
р/с 40702810730000014094, к/с 30101810100000000602
КРАСНОДАРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ N8619 ПАО СБЕРБАНК
БИК 040349602

Утверждено
приказом Минздрава России
от 12.11.2021 г. № 1051н

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

«___» _____ _____г. рождения,

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

«___» _____ _____г. рождения,

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

проживающего по адресу: _____

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное 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 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, согласно приложения №1 к ИДС), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Точная стоматология»

_____

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(*фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)*

_____ _____
(подпись) *(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)*

_____ _____
(подпись) *(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)*

«___» _____ 20____ г. *(дата оформления)*

приложения №1 к ИДС

ПЕРЕЧЕНЬ

видов медицинских вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация.

3. Антропометрические исследования.

4. Термометрия.

5. Тонометрия.

6. Неинвазивные исследования полости рта.

7. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.

8. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография.

9. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

_____ _____

(подпись) *(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)*