

**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**

→ Я, \_\_\_\_\_, «\_\_» \_\_\_\_\_ г.р.,  
*Ф.И.О. Пациента, родителя или законного представителя* *дата рождения*  
Зарегистрированный(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
*адрес места жительства законного представителя*

Документ \_\_\_\_\_  
*паспортные данные*

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, зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года № 24082 (далее Перечень)), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в Обществе с ограниченной ответственностью «КидСмайлПлюс» Семейная стоматология

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
*(должность, ФИО 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.

Я предупрежден (а) и осознаю, что в результате медицинского вмешательства возможны возникновение следующих неблагоприятных последствий: боль во время обработки зуба (пломбирования корневых каналов); постпломбировочные боли; избыток пломбировочного материала за верхушкой корня; появление припухлости/отека мягких тканей или увеличения имевшегося отека после терапевтического вмешательства в области леченного зуба; необходимость послабляющего разреза после эндодонтического вмешательства; необходимость удаления зуба в случае неэффективности терапевтических методов; возникновение периодонтальных явлений, изменение рентгенологической картины после пломбировки каналов с плохой проходимостью или при наличии коллатеральных каналов, отлом коронковой части зуба.

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» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442,3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011, № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь:

1. \_\_\_\_\_ /Тел. \_\_\_\_\_ /  
2. \_\_\_\_\_ /Тел. \_\_\_\_\_ /

<p>За несовершеннолетнего _____ <i>ФИО ребёнка, дата рождения</i></p> <p>Свидетельство о рождении № _____</p>	
---	---

→ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
*ФИО Пациента, родителя или законного представителя* *подпись*

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
*ФИО медицинского работника* *подпись*

→ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.