Приложение N 2
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 декабря 2012 г. N 1177н

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. гражданина)

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо 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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082):

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, термометрия и тонометрия;
2. Осмотр полости рта, диагностическое обследование, в том числе пальпация, перкуссия и зондирование;
3. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
4. Рентгенологические методы обследования, в том числе ортопантомография, рентгенография с целью установления диагноза, составления плана лечения и контроля качества выполняемых манипуляций и процедур;
5. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, внутриканально через полость зуба;
6. Препарирование твёрдых тканей зубов для их дальнейшего лечения и(или) под ортопедические конструкции, удаление зубов, разделение и удаление корней зубов (гемисекция), депульпирование зубов(удаление нерва зуба), иссечение мягких тканей в полости рта, кюретаж лунок и парадонтальных карманов, удаление зубных отложений для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ПК «Дантист» медицинским работником:

_____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

Я подтверждаю достоверность предоставленной врачу информации о состоянии моего здоровья. Мне предоставлена информация о возможных болевых ощущениях от данного вмешательства и методики устранения боли. Мне объяснили все возможные исходы лечения, а также альтернативные варианты лечения. Мне понятен план, объем и продолжительность рекомендуемого лечения. Я имел возможность обсудить с врачом все вопросы, связанные с лечением. Мне предоставлена информация о возможных осложнениях предложенного лечения: появление боли, отека, развитие аллергических реакций. Я предупрежден о последствиях, которые могут возникнуть при отказе от предложенного лечения. Мне понятно, что я обязан являться на лечение в назначенное время и соблюдать предписания и рекомендации врача. Я согласен, что не во всех случаях можно предсказать точный результат планируемого лечения. Я доверяю квалификации врача и добровольно соглашаюсь на предложенное лечение, применение лекарственных средств и стоматологических материалов. 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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)

_____
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Лист на информированное добровольное согласие мной прочитан, подпись поставлена осознанно.

_____/_____
(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____/_____
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

"_____" _____ г.
(дата)