

**Информированное добровольное согласие  
на предварительный осмотр и консультацию.**

Этот документ свидетельствует о том, что мне \_\_\_\_\_

в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ, сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения в ООО «\_\_\_\_\_». Данный документ является необходимым предварительным условием начала медицинского вмешательства.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом в прошлом и об аллергии в настоящее время, а так же о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Добровольно даю свое согласие на проведение осмотра полости рта, инструментального обследования, фотографирования. Понимаю, что это манипуляции и исследования необходимые для получения максимально полной картины состояния органов полости рта, диагностики и назначения предварительного плана лечения для возможности врача согласовать этот план со мной.

Мною заданы интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснение на них. Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе, а также систему нумерации зубов.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью договора на оказание платных стоматологических услуг.

Я подтверждаю свое добровольное согласие **на предварительный осмотр и консультацию** предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Информированное добровольное согласие прочитано мною лично, условия мне разъяснены и понятны

Настоящее информационное согласие разработано на основании ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Приказов Минздрава России №390н от 23.04.2012 г., Минздрава России №1051н от 12.11.2021г.

Согласно ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» любое медицинское вмешательство, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.

Информационное добровольное согласие на комплекс обследований дается пациентам старше 15 лет либо законным представителям пациента, не достигшего возраста 15 лет, один раз при первичном обращении в медицинскую организацию и действительно в течении всего срока оказания услуг в медицинской организации.

Подпись Пациента:

\_\_\_\_\_ подпись расшифровка подписи

Для несовершеннолетнего Пациента Подпись родителя (законного представителя):

\_\_\_\_\_ подпись расшифровка подписи

Беседу провел врач:

\_\_\_\_\_ подпись расшифровка подписи

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_\_