

**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, _____,

(ФИО)

дата рождения _____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____

заполняется для лиц, не достигших 15-летнего возраста, или недееспособных граждан

являясь законным представителем _____

(ФИО пациента)

дата рождения _____, зарегистрированного по адресу: _____

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 23.04.2012 г. № 390н (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Общество с ограниченной ответственностью «Зуботехническая лаборатория «Атлас» (юридический адрес - 603022, г. Нижний Новгород, ул. Кулибина, д. 3, помещение П22, П23, адрес места осуществления медицинской деятельности – 603022, г. Нижний Новгород, ул. Кулибина, д. 3, помещение П4, ОГРН 1045207831789, ИНН 5262132300).

Медицинским работником _____

(должность, ФИО медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинских услуг, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, а также предполагаемые результаты оказания медицинских услуг. 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 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) _____

(ФИО, контактный телефон)

Я добровольно обращаюсь в ООО «Зуботехническая лаборатория «Атлас» (далее – Исполнитель) для проведения консультации, диагностики и обследования.

Я понимаю цели и задачи консультации, диагностики и обследования. Меня в доступной форме уведомили о целях, методах оказания медицинских услуг, связанных с ними рисках, всех возможных альтернативных вариантах медицинского вмешательства, об их последствиях, а также обо всех возможных результатах медицинского обследования и диагностики.

Исполнитель в доступной форме уведомил меня об осуществляемой им медицинской деятельности, о режиме работы, о видах, качестве и об условиях оказания мне медицинских услуг, об уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в оказании мне платных медицинских услуг, об условиях, порядке, форме оказания медицинских услуг и порядке их оплаты, об используемых при оказании платных медицинских услуг медицинских изделиях, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, гарантиях и сроках службы на результаты оказанных услуг.

Я даю разрешение проводить осмотры, рентгенологические исследования, делать оттиски, фотографии, видеосъемку и любые другие медицинские вмешательства, которые будут необходимы для обеспечения качества и безопасности диагностики и обследования. Я разрешаю/не разрешаю (ненужное зачеркнуть) использовать публично фотографии моих (пациента, законным представителем которого я являюсь) зубов и полости рта на условиях анонимности в печатных изданиях и сети Интернет.

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе диагностики и обследования, а также сроки их проведения. Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение нумерации зубов и всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе. Я даю разрешение

проводить все необходимые медицинские мероприятия на усмотрение специалистов Исполнителя и использовать любого медицинского работника, участие которого будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и обследования.

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

Я подтверждаю свое согласие на проведение медицинского вмешательства мне (пациенту, законным представителем которого я являюсь), о чем собственноручно расписываюсь.

Вся информация доведена до меня в доступной и понятной форме.

Данный документ подписывается один раз в одном экземпляре, дается на все случаи оказания мне медицинских услуг Исполнителем и действует бессрочно.

_____/_____
(подпись) (ФИО пациента или законного представителя пациента)

_____/_____
(подпись) (ФИО медицинского работника)

« ____ » _____ 202__ г.
(дата оформления)