

Информированное добровольное согласие на проведение первичного стоматологического осмотра полости рта.

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», сообщена вся необходимая информация о предстоящих мне медицинских услугах и что я согласен (согласна) с названными мне условиями их проведения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала лечения.

Приложение 13 к договору возмездного оказания стоматологических услуг № _____

Я, _____

соглашаюсь с тем, что врач _____,

(ФИО врача)

проведет осмотр моей полости рта.

Я ознакомлен(а) с правилами приёма пациентов в ООО «Да Винчи».

Добровольно обращаясь в клинику, предоставляю полную имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья.

Я подтверждаю, что предложенная анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные заболевания, аллергии и непереносимость препаратов, об общем состоянии моего здоровья, заполнена мною. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искаженные сведения о моём здоровье.

Соглашаюсь на проведение опроса, в том числе выявление жалоб, сбора анамнеза, осмотра, манипуляции, исследования, включая рентгенологическое, для получения максимально полной информации для диагностики, составлении предварительного плана лечения, процедур, и его согласования с врачом.

Я осведомлен (а), что в процессе лечения и диагностики может возникнуть необходимость назначения дополнительных исследований, процедур, консультаций с другими специалистами. Все указанные изменения и дополнения будут заблаговременно назначены и разъяснены.

Я понимаю и соглашаюсь, что клиника не несет ответственность за качество ранее проведенного лечения в других стоматологических клиниках и возможные осложнения, связанные с обострением уже имеющихся хронических и воспалительных процессов.

Мне известно, что имею возможность задавать все интересующие меня вопросы о целях, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними риске, и получать на них исчерпывающие ответы.

Я знаю, что имею право отказаться от предложенного лечения на любом этапе его осуществления. В этом случае не буду иметь никаких претензий к врачу в клинике. С информацией о медицинском персонале, лицензии, вправе ознакомиться в любое время.

Я подтверждаю, текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл, и я даю согласие на проведение осмотра, консультации, других медицинских вмешательств.

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.
пациента _____

Подпись

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись врача