



Приложение № _____

к медицинской карте № _____

от « _____ » _____ 20 ____ г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ПРОВЕДЕНИЕ ОСМОТРА, РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ,
ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА, ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Я, _____,

« _____ » _____ г. рождения, паспорт _____, выдан « _____ » _____ г.

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____,

« _____ » _____ г. рождения, паспорт _____, выдан « _____ » _____ г.

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина — полностью, год рождения)

в соответствии с п. п. 7, 8 статьи 20 Федерального закона Российской Федерации «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ и Приказом Минздравсоцразвития РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н, настоящим даю согласие на проведение осмотра, рентгенологического исследования,

лечения кариеса, эндодонтического лечения врачом _____

по моему добровольному желанию.

Я также даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств:

- 1) Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
- 2) Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, медицинская фотосъемка.
- 3) Антропометрические исследования.
- 4) Термометрия.
- 5) Тонометрия.
- 6) Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.

- 7) Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8) Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9) Функциональные методы обследования, в том числе мониторирование артериального давления, пульса, ситуации крови, мониторирование электрокардиограммы.
10) Рентгенологические методы обследования (прицельная рентгенография зубов, панорамная рентгенография челюстей, телерентгенография черепа).

10.1) Я информирован (-а) об альтернативных методах диагностики и преимуществах цифровой рентгенографии перед ними.

10.2) Мне разъяснено, что в ходе выполнения исследования может возникнуть необходимость расширения обследования. Я доверяю врачу принимать соответствующее решение и выполнить действия, которые он сочтет необходимыми для верификации диагноза и контроля лечения.

10.3) Я заявляю, что изложил (-а) врачу все известным мне данные о состоянии своего здоровья, беременности, в том числе предполагаемой, проведенных мне оперативных вмешательствах, что зафиксировано в заполненной анкете.

- 11) Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно. Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 г.

Я разрешаю передать мне информацию о нахождении не лечении и состоянии здоровья следующим лицам:

Дата «_____» _____ 20 ____ г.

_____ / _____

(подпись пациента / законного представителя)

Расписался в моем присутствии: Врач

_____ / _____

(должность, ФИО / подпись)

Примечание:

В соответствии со ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего возраста.