**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА  
ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР ООО «ДЕНТ ПРОФИ»**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О.)* в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона [«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»](consultantplus://offline/ref=A54D6CA8799640B2096E504C98A237B2DEFECF91BFEE7CB7857CEC09047612734CC28991F30F6C5034j7D), **даю информированное добровольное согласие, т.е. на оказание мне / моему ребенку** (*нужное подчеркнуть*) **следующих медицинских услуг – первичный осмотр.**

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве – ***первичном стоматологическом осмотре,*** я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов. Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения. Мне даны исчерпывающие ответы и разъяснения на все заданные мной вопросы.

**Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма, однако мне гарантировано проведение первичного осмотра специалистом соответствующей квалификации с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.**

Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми.

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. № 390н 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. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Рентгенологические методы обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в «Листе учета дозовых нагрузок при рентгенологических исследованиях». 8. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

Я внимательно ознакомился/ознакомилась с данным документом, являющимся неотъемлемой частью договора на оказание платных услуг и медицинской карты пациента, и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

*Ф.И.О. ребенка (если медицинское вмешательство будет осуществлено в отношении пациента, не достигшего возраста 15-лет):*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Фамилия, инициалы и подпись пациента:*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Фамилия, инициалы и подпись врача:*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Дата: «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.*

*Примечание: В соответствии со ст. 20. Федерального закона* [*«Об основах охраны здоровья граждан в РФ»*](consultantplus://offline/ref=A54D6CA8799640B2096E504C98A237B2DEFECF91BFEE7CB7857CEC09047612734CC28991F30F6C5034j7D) *информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство подписывает* [*законный представитель*](consultantplus://offline/ref=890DD4A85D8CCB13499A410B560B1DBF60447112867501BBBC8771047402342A36FC2878894667c80EI) *в отношении ребенка до 15-летнего возраста, а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.*