

**Приложение к договору возмездного оказания**

**медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**от «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.**

***Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента (законного представителя).***

**Информационное добровольное согласие на проведение обследования (диагностических процедур и манипуляций).**

*(основание ст. 20-23 Ф.З. Об основах охраны здоровья граждан в Р.Ф.)*

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

информирован(-а) о том, что без проведения диагностических процедур и манипуляций невозможно установить состояние стоматологического здоровья моего или моего ребенка.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил детальное объяснения в устной форме о необходимости проведения диагностических процедур и манипуляций (осмотра, перкуссии, зондирования, температурной пробы, пальпации и др.).

Мне известно, что медицинская услуга относится к категории опасных и возможные осложнения в процессе диагностики или лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния моего организма.

Мне объяснено в доступной и понятной форме, что составление основного плана лечения, включая ожидаемые результаты, риск и пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, а также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим возможно только после проведения диагностических процедур и манипуляций и постановки диагноза.

Альтернативой является отказ от проведения диагностики (в таком случае врач не сможет составить план лечения и произвести само лечение). Отказ от проведения диагностики и лечения может привести к ухудшению состояния стоматологического и общего здоровья пациента, а именно:

* Нарастанию болевых ощущений.
* Возникновению отека мягких тканей лица и полости рта.
* Возникновению и развитию пульпита (воспаления сосудисто-нервного пучка зуба), периодонтита (воспаления периодонта – связки зуба), периостита (поднадкостничный абсцесс – скопление гноя под надкостницей и ее воспаление), абсцессы и флегмоны мягких тканей и клетчаточный пространств (гнойное воспаление тканей).
* Поднятие температуры тела, нарастание общей слабости, снижение аппетита и др.

Мне объяснены сопутствующие явления планируемого обследования, включая: боль, неудобство, чувствительность к холоду и теплу. Мне объяснено и я понял(-а), что существует вероятность того, что во время осуществления моего обследования (обследования моего ребенка) выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и полной мере предвидеть заранее, а также направление к другим специалистам (хирургу, пародонтологу, ортодонту и т.д.) и мне это известно.

Мне ясна вся важность передачи точной достоверной информации о состоянии моего здоровья (моего ребенка), а также выполнений всех полученных от врача и персонала рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, проведения консервативного лечения, в котором я буду нуждаться (мой ребенок), и визитов в указанные сроки.

Я даю согласие на проведение мне ортопантомографии, рентгенографии, компьютерной томографии, фото- и видео-фиксации (как конечного результата, так и этапов моего лечения) при обследовании и проведении моего лечения (лечения моего ребенка).

Я понимаю, что это необходимо для полноценной диагностики и контроля качества проведенных лечебных манипуляций.

Я получил(-а) полную информацию о стоимости моего обследования (обследования моего ребенка), согласен (-а) с тем что в процессе моего обследования (обследования моего ребенка) могут быть изменения в стоимости в большую или меньшую сторону, связанные с необходимостью проведения дополнительных исследований.

**Я также даю согласие на обработку и передачу моих (моего ребенка) персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1.,3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания мне (моему ребенку) медицинских услуг.**

**Исключений, запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имею.**

**Я удостоверяю, что текст данного информативного согласия на проведение обследования мною прочитан, мне понятно назначение каждого пункта данного документа. Мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, связанные с диагностикой моего заболевания и последующего реабилитационного периода. Полученные разъяснения (ответы) понятны и удовлетворяют меня. У меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.**

**Настоящий документ является приложением к Договору возмездного оказания медицинских услуг №\_\_\_\_ от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г., неотъемлемой частью медицинской карты моего ребенка.**

**Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О.**

**Настоящим даю согласие на осуществление моего обследования (обследования моего ребенка).**

**Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.**

**Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Я подтверждаю, что объяснил:**

**Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**