

**Информированное добровольное согласие пациента с общим планом обследования и лечения в ООО
«Центр стоматологии»**

приложение №1
к договору № _____
от ____ 201 г.

1. 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, _____
(Ф.И.О. пациента/представителя)

"__" _____ г. рождения,

зарегистрированный(ая) по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина, либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи мною /

моим представляемым _____,
(ФИО представляемого)

законным представителем, которого я являюсь, в ООО «Центр стоматологии», утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082).

Далее приведен весь перечень медицинских вмешательств. Полужирным шрифтом выделены вмешательства, применяемые в стоматологии:

**-опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза,
-осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация,
-термометрия, тонометрия,
-антропометрические исследования,
рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
- введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.**

-риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование, неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных), медицинский массаж, лечебная физкультура.

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 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

2. Я информирован(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.
3. Я информирован (а) о том, что моя (моего представляемого) медицинская информация является конфиденциальной в соответствии со статьей 13 ФЗ от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ, мне подтверждена гарантия конфиденциальности сведений, касающихся моего здоровья (здоровья представляемого мною).
4. Я согласен / не согласен на осмотр меня (моего представляемого) студентами медицинских ВУЗов и колледжей в медицинских обучающих и научных целях с учетом требования законодательства РФ о гарантии мне (моему представляемому) конфиденциальности моей (моего представляемого) медицинской информации.

5. Я разрешаю предоставлять мою (моего представляемого) медицинскую информацию:

-только мне _____

-никому _____

- всем без ограничений _____

- ограниченному кругу лиц: _____

(ФИО лиц, допущенных к медицинской информации)

6. Я разрешаю _____ /не разрешаю _____ делать фотографии и видеозаписи, связанные с процессом осуществления в отношении меня(моего представляемого) медицинских вмешательств, поименованных в тексте данного добровольного информированного согласия и использовать их для целей оказания мне медицинской помощи, а также научных и образовательных (включая средства массовой информации, опубликование данных в научной литературе) при условии, что идентификации меня как личности не будет, и фото и видеоматериалы останутся анонимными.

7. Я согласен _____ / не согласен _____ на получение сведений: время приема у специалиста, время проведения процедур и манипуляций, акции, новые услуги Центра посредством электронной почты (мой электронный адрес: _____), посредством СМС-сообщений или звонков на мобильный телефон (мой мобильный телефон: _____).

Мое кодовое слово для получения информации по телефону: _____.

С условиями предоставления информации посредством электронной связи я ознакомлен: информация размещена в доступной для меня стендовой форме в помещении Исполнителя, на его интернет сайте: www.centr-stom.ru, а также в тексте Договора возмездного оказания мне медицинских услуг.

8. Я разрешаю _____ / не разрешаю _____ использовать мою (моего представляемого) медицинскую информацию для ведения электронной формы медицинской документации.

9. Я разрешаю _____ / не разрешаю _____ предоставлять мою (моего представляемого) медицинскую информацию всем должностным лицам, причастным к случаям оказания мне медицинской помощи в рамках настоящего Договора.

10. Я разрешаю _____ / не разрешаю _____ использовать мою (моего представляемого) медицинскую информацию и медицинскую документацию для проведения экспертизы качества оказания мне (моему представляемому) медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых специалистов.

11. Я разрешаю _____ / не разрешаю _____ передавать мне информацию о состоянии моего здоровья в случае негативного прогноза развития моего заболевания.

12. При негативном прогнозе в развитии моего заболевания разрешаю передавать мою медицинскую информацию:

-только мне _____

-никому _____

- всем без ограничений _____

- ограниченному кругу лиц: _____

(ФИО лиц, допущенных к медицинской информации)

13. Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данной медицинской организации и информирован о моей обязанности их соблюдать (в соответствии со ст. 27 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ).

Примечание: согласие на проведение стоматологического вмешательства в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет (16 лет для страдающих наркоманией), и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных:

Факт законности представительства интересов _____
(ФИО представляемого)

подтвержден: _____
(документ представителя)

Врач: _____ / _____ /
(ФИО) (подпись)

Пациент/представитель: _____ / _____ /
(ФИО) (подпись)

Дата «__» _____ 20__ г.

Пациент (законный представитель пациента) имеет право собственноручно вносить в текст данного информированного согласия дополнения, связанные с его правом на добровольность такового