

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_  
" " \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, либо законного представителя)  
" " \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина, либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина, либо законного представителя)  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании  
согласия законным представителем)  
" " \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)  
даю 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, 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., регистрационный N 2408), (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в государственное бюджетное учреждение Ростовской области "Стоматологическая поликлиника №1" в г. Таганроге.

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)  
медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

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».

Сведения о выбранном (выбранных) мной лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его  
законного представителя, телефон)

(подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

**ПЕРЕЧЕНЬ  
ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ,  
НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ  
ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА  
И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ  
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

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. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы)
7. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
8. Рентгенологические методы обследования,
9. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.

# Информированное добровольное согласие на выполнение обследования, вмешательства, операции, лечения

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со ст.20 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 21.11.2011 г. №323-ФЗ

Я \_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество пациента или его законного представителя с указанием степени родства - полностью)

\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий по адресу \_\_\_\_\_ обращаюсь в лечебно-хирургическое отделение ГБУ РО "СП № 1" в г.Тaanpope и по моему добровольному желанию прошу провести мне все необходимые диагностические исследования, мероприятия и лечебные манипуляции.

1. Мне разъяснены состояние моего здоровья и заболевания, а также характер, порядок и содержание всех необходимых диагностических и лечебных мероприятий, соответствующих установленному и объявленному мне диагнозу моего заболевания и стадии его развития.

2. Настоящим я доверяю врачу (в дальнейшем Врач) выполнять все необходимые мне исследования, вмешательства, операции.

3. Я информирован(а) о характере предстоящих исследований/манипуляций, связанным с ними риском и возможным развитии осложнений и последствий:

## В ходе хирургического вмешательства и после него;

- гематома после инъекции анестетика;
- боли в месте инъекции до трех недель;
- луночковые боли при удалении зуба, развитие альвеолита, связанное с особенностями развития воспалительного процесса, индивидуальными защитными функциями или особенностями организма, либо с выполоскиванием из лунки кровяного сгустка;
- кровотечение из лунки или разреза;
- парестезия в области языка, нижней губы;
- сообщение полости рта с гайморовой пазухой;
- попадание корня зуба в гайморову пазуху;
- появление отека мягких тканей или увеличение имевшегося отека при хирургическом вмешательстве в период обострения;
- контрактура жевательных мышц после анестезии, удаления зуба, боли при глотании;
- повышение температуры тела.

## другие виды осложнений

4. Я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу. Я знаю, что после введения анестезии нельзя в течение 24 часов управлять транспортными средствами и сложными механизмами до окончания действия лекарственных препаратов и восстановления нормального состояния.

5. Я понимаю, что обязан являться на контрольный осмотр в назначенное врачом время

6. Я понимаю, что лечение (удаление) зубов являются вмешательством в биологический организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

7. Я проинформирован(а) об альтернативных данному виду методах лечения. Я также ознакомлен(а) с планом предлагаемого мне лечения, с возможным его изменением, в связи с изменением состояния моего здоровья, требующего изменения тактики лечения. Я предупреждена) о последствиях отказа от предлагаемого метода лечения, включая возможные осложнения.

8. Мне разъяснено, что в ходе выполнения медицинских действий, проводимых мне, может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, лечебных мероприятий, не указанных в п.3. Я доверяю Врачу принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые Врач сочтет необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения моего состояния.

9. Я заявляю, что сообщил(а) Врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья, наследственных, психических, венерических и других заболеваниях в моей семье.

10. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего стоматологического заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к Врачу.

11. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

12. Я ознакомлен(а) с распорядком дня, правилами оказания медицинских услуг в учреждении и обязуюсь соблюдать их.

13. Моя подпись ниже свидетельствует о том, что:

- я прочитал(а) и понял (а) содержание данного документа;
- я получил(а) всю необходимую информацию в отношении своего заболевания и предстоящих вмешательств и процедур;
- я даю согласие на проведение медицинского вмешательства;
- моя подпись ниже удостоверяет мое согласие

ФИО пациента (полностью) или - Ф.И.О (полностью) родственника пациента (законного представителя) с указанием характера родственных отношений \_\_\_\_\_

Данные паспорта: серия, №, кем выдан, или удостоверения личности \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Подпись Врача \_\_\_\_\_

Ф.И.О. Врача (полностью), его должность \_\_\_\_\_

# Информированное добровольное согласие на выполнение обследования, вмешательства, операции, лечения

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 21.11.2011 г. №323-ФЗ

Я, \_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя  
с указанием степени родства - полностью)

\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий по адресу \_\_\_\_\_

обращаюсь в лечебно-хирургическое отделение ГБУ РО "СП № 1" в г. Таганроге и по моему добровольно-  
му желанию прошу провести моему ребенку (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_

необходимые диагностические исследования, мероприятия и лечебные манипуляции.

1. Мне разъяснены состояние здоровья и заболевания ребенка, а также характер, порядок и содержание всех необходимых диагностических и лечебных мероприятий, соответствующих установленному и объявленному диагнозу заболевания и стадии его развития.

2. Настоящим я доверяю Врачу \_\_\_\_\_  
(в дальнейшем Врач) выполнить все необходимые мне исследования, вмешательства, операции.

3. Я информирован(а) о характере предстоящих исследований/манипуляций, связанным с ними риском и возможным развитии осложнений и последствий:

## при терапевтическом приёме и после него:

- гематома после инъекции анестетика;
- постпломбировочные боли при надкусывании;
- появление отека мягких тканей или увеличение имевшегося отека после терапевтического вмешательства;
- необходимость послабляющего разреза после эндодонтического лечения зубов;
- необходимость удаления зуба в случае неэффективности терапевтических методов;
- возникновение периодонтальных явлений, и изменение рентгенологической картины после пломбировки каналов с плохой проходимостью, или при наличии коллатеральных каналов;
- возможное попадание пломбировочного материала за верхушечное отверстие корня зуба, в периапикальные ткани;
- отлом коронковой части зуба при циркулярном карнесе;
- возможность изменения цвета пломбы при употреблении в пищу в первые сутки после лечения продуктов, содержащих красящие вещества (кофе, свёкла, вишня,...);
- возможность отлома эндодонтических инструментов в труднопроходимых каналах.

## другие виды осложнений:

Я соглашаюсь на анестезию ребенку при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу. Я знаю, что после введения анестетика нельзя в течение 24 часов управлять транспортными средствами и сложными механизмами, до окончания действия лекарственных препаратов и восстановления нормального состояния.

Я понимаю, что обязан(а) являться на контрольный осмотр в назначенное врачом время с ребенком.

Я понимаю, что лечение (удаление) зубов является вмешательством в биологический организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Я проинформирован(а) об альтернативных данному виду методах лечения. Я также ознакомлен(а) с планом предлагаемого ребенку лечения, с возможным его изменением, в связи с изменением состояния здоровья моего ребенка, требующего изменения тактики лечения.

Я предупрежден(а) о последствиях отказа от предлагаемого метода лечения, включая возможные осложнения.

Мне разъяснено, что в ходе выполнения медицинских действий, проводимых ребенку, может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, лечебных мероприятий, не указанных в п.3. Я доверяю Врачу принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые Врач сочтет необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения состояния ребенка.

Я заявляю, что сообщил(а) Врачу все известные мне данные о состоянии здоровья, наследственных, психических, венерических и других заболеваниях в моей семье.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышесказанное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением стоматологического заболевания ребенка и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворяющие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к Врачу.

Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства ребенку.

Я ознакомлен(а) с распорядком дня, правилами оказания медицинских услуг в учреждении и обязуюсь соблюдать их.

Моя подпись ниже свидетельствует о том, что:

- я прочитал(а) и понял(а) содержание данного документа;
- я получил(а) всю необходимую информацию в отношении заболевания и предстоящих вмешательств и процедур ребенку
- я даю согласие на проведение медицинского вмешательства;
- моя подпись ниже удостоверяет мое согласие и разрешение на диагностические исследования и лечение, которые окажутся необходимыми в процессе лечения ребенка.

ФИО пациента (полностью) или - ФИО (полностью) родственника пациента (законного представителя) с указанием характера родственных отношений \_\_\_\_\_

Данные паспорта: серия № кем выдан или удостоверения личности \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Подпись Врача \_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача (полностью), его должность \_\_\_\_\_

Информированное добровольное согласие на выполнение обследования, вмешательства, операции, лечения

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 30,31,32,33 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ

Я, \_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя с указанием степени родства - полностью)

\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий по адресу \_\_\_\_\_

обращаюсь в лечебно-хирургическое отделение ГБУ РО "СП № 1" в г. Таганроге и по моему добровольному желанию прошу провести моему ребенку (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_

необходимые диагностические исследования, мероприятия и лечебные манипуляции.

1. Мне разъяснены состояние здоровья и заболевания ребенка, а также характер, порядок и содержание всех необходимых диагностических и лечебных мероприятий, соответствующих установленному и объявленному диагнозу заболевания и стадии его развития.

2. Настоящим я доверяю Врачу \_\_\_\_\_ (в дальнейшем Врач) выполнить все необходимые мне исследования, вмешательства, операции.

3. Я информирован(а) о характере предстоящих исследований/манипуляций, связанным с ними риском и возможным развитии осложнений и последствий:

**в ходе хирургического вмешательства и после него:**

- гематома после инъекции анестетика;
- постпломбировочные боли при надкусывании;
- появление отека мягких тканей или увеличение имевшегося отека после терапевтического вмешательства;
- необходимость послабляющего разреза после эндодонтического лечения зубов;
- необходимость удаления зуба в случае неэффективности терапевтических методов;
- возникновение периодонтальных явлений, и изменение рентгенологической картины после пломбировки каналов с плохой проходимостью, или при наличии коллатеральных каналов;
- возможное попадание пломбировочного материала за верхушечное отверстие корня зуба, в периапикальные ткани;
- отлом коронковой части зуба при циркулярном кариесе;
- возможность изменения цвета пломбы при употреблении в пищу в первые сутки после лечения продуктов, содержащих красящие вещества (кофе, свёкла, вишня,...);
- возможность отлома эндодонтических инструментов в труднопроходимых каналах.

**другие виды осложнений:**

Я соглашаюсь на анестезию ребенку при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу. Я знаю, что после введения анестетика нельзя в течение 24 часов управлять транспортными средствами и сложными механизмами, до окончания действия лекарственных препаратов и восстановления нормального состояния.

Я понимаю, что обязан(а) являться на контрольный осмотр в назначенное врачом время с ребенком.

Я понимаю, что лечение (удаление) зубов являются вмешательством в биологический организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Я проинформирован(а) об альтернативных данному виду методах лечения. Я также ознакомлен(а) с планом предлагаемого ребенку лечению, с возможным его изменением, в связи с изменением состояния здоровья моего ребенка, требующего изменения тактики лечения.

Я предупрежден(а) о последствиях отказа от предлагаемого метода лечения, включая возможные осложнения.

Мне разъяснено, что в ходе выполнения медицинских действий, проводимых ребенку, может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, лечебных мероприятий, не указанных в п.3. Я доверяю Врачу принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые Врач сочтет необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения состояния ребенка.

Я заявляю, что сообщил(а) Врачу все известные мне данные о состоянии здоровья, наследственных, психических, венерических и других заболеваниях в моей семье.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением стоматологического заболевания ребенка и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворяющие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к Врачу.

Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства ребенку.

Я ознакомлен(а) с распорядком дня, правилами оказания медицинских услуг в учреждении и обязуюсь соблюдать их.

Моя подпись ниже свидетельствует о том, что:

- я прочитал(а) и понял(а) содержание данного документа;
- я получил(а) всю необходимую информацию в отношении заболевания и предстоящих вмешательств и процедур ребенку
- я даю согласие на проведение медицинского вмешательства;
- моя подпись ниже удостоверяет мое согласие и разрешение на диагностические исследования и лечение, которые окажутся необходимыми в процессе лечения ребенка.

ФИО пациента (полностью) или - ФИО (полностью) родственника пациента (законного представителя) с указанием характера родственных отношений \_\_\_\_\_

Данные паспорта: серия № кем выдан или удостоверения личности \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Подпись Врача \_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача (полностью), его должность \_\_\_\_\_



# Информированное добровольное согласие на выполнение обследования, вмешательства, операции, лечения

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 21.11.2011 г. №323-ФЗ

Я \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество пациента или его законного представителя с указанием степени родства - полностью)

\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий по адресу \_\_\_\_\_

обращаюсь в лечебно-хирургическое отделение ГБУ РО "СП№1" в г. Таганроге и по моему добровольному желанию провести мне все необходимые диагностические исследования, мероприятия и лечебные манипуляции.

1. Мне разъяснены состояние моего здоровья и заболевания, а также характер, порядок и содержание всех необходимых диагностических и лечебных мероприятий, соответствующих установленному и объявленному мне диагнозу моего заболевания и стадии его развития.

2. Настоящим я доверяю врачу \_\_\_\_\_  
(в дальнейшем Врач) выполнять все необходимые мне исследования, вмешательства, операции.

3. Я информирован(а) о характере предстоящих исследований/манипуляций, связанным с ними риском и возможном развитии осложнений и последствий:

## при терапевтическом приеме и после него:

- гематома после инъекции анестетика;
- постпломбировочные боли при накусывании;
- появление отека мягких тканей или увеличение имевшегося отека после терапевтического вмешательства;
- необходимость послабляющего разреза после эндодонтического лечения зубов;
- необходимость удаления зуба в случае неэффективности терапевтических методов;
- возникновение периодонтальных явлений и изменение рентгенологической картины после пломбировки каналов с плохой проходимостью или при наличии коллатеральных каналов;
- возможное попадание пломбировочного материала за верхушечное отверстие корня зуба в периапикальные ткани;
- отлом коронковой части зуба при циркулярном кариесе и при значительной разрушенности зуба;
- возможность изменения цвета пломбы при употреблении в пищу в первые сутки после лечения продуктов, содержащих красящие вещества (кофе, свекла, вишня и т. д.);
- возможность отлома эндодонтических инструментов в труднопроходимых каналах.

## другие виды осложнений

4. Я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу. Я знаю, что после введения анестезии нельзя в течение 24 часов управлять транспортными средствами и сложными механизмами до окончания действия лекарственных препаратов и восстановления нормального состояния.

5. Я понимаю, что обязан являться на контрольный осмотр в назначенное врачом время

6. Я понимаю, что лечение (удаление) зубов является вмешательством в биологический организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

7. Я проинформирован(а) об альтернативных данному виду методах лечения. Я также ознакомлен(а) с планом предлагаемого мне лечения, с возможным его изменением, в связи с изменением состояния моего здоровья, требующего изменения тактики лечения. Я предупрежден(а) о последствиях отказа от предлагаемого метода лечения, включая возможные осложнения.

8. Мне разъяснено, что в ходе выполнения медицинских действий, проводимых мне, может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, лечебных мероприятий, не указанных в п.3. Я доверяю Врачу принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые Врач сочтет необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения моего состояния.

9. Я заявляю, что сообщил(а) Врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья, наследственных, психических, венерических и других заболеваниях в моей семье.

10. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего стоматологического заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к Врачу.

11. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

12. Я ознакомлен(а) с распорядком дня, правилами оказания медицинских услуг в учреждении и обязуюсь соблюдать их.

13. Моя подпись ниже свидетельствует о том, что:

- я прочитал(а) и понял(а) содержание данного документа;
- я получил(а) всю необходимую информацию в отношении своего заболевания и предстоящих вмешательств и процедур;

- я даю согласие на проведение медицинского вмешательства;
- моя подпись ниже удостоверят мое согласие

Ф.И.О пациента (полностью) или - Ф.И.О (полностью) родственника пациента (законного представителя) с указанием характера родственных отношений \_\_\_\_\_

Данные паспорта: серия, №, кем выдан, или удостоверения личности \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Подпись Врача \_\_\_\_\_

Ф.И.О. Врача (полностью), его должность \_\_\_\_\_