

ООО «Стоматологическая поликлиника «Ростошь»
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ
на выполнение диагностических исследований и лечебных мероприятий

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 19, 20 Федерального закона № 323 от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

действуя в интересах моего ребенка _____
_____ года рождения, находящегося на лечении в ООО «Стоматологическая поликлиника «Ростошь», по моему добровольному согласию прошу провести моему ребенку все необходимые диагностические исследования и мероприятия, лечебные манипуляции и процедуры, связанные с лечением заболевания моего ребенка.

1. Мне лично разъяснены состояние здоровья и заболевания моего ребенка, а также характер и порядок всех необходимых диагностических мероприятий и медицинского вмешательства. Содержание указанных медицинских действий, связанный с ними риск, возможные осложнения и последствия мне разъяснены.

2. Я понимаю, что в ходе выполнения медицинских действий может возникнуть необходимость осуществления других медицинских вмешательств, исследований или операций. Я доверяю врачам принимать необходимые в этих случаях решения в соответствии с их профессиональными суждениями и выполнять любые медицинские действия, которые врачи сочтут необходимыми для улучшения состояния моего ребенка.

3. Я проинформирован(а) об альтернативных данному виду методах лечения и о преимуществах данного вида.

4. Мне известно, что во время лечебных манипуляций могут быть выявлены заболевания или их особые формы, которые потребуют изменения объема вмешательства, на что я даю свое добровольное согласие.

5. Я предупрежден(а) о том, что во время лечебных манипуляций и/или после них могут возникнуть осложнения, связанные с вмешательством, включая: а) кровотечение; б) тромбоз, эмболия (закупорка сосудов); в) развитие инфекционно-воспалительных осложнений; г) обострение сопутствующих заболеваний; д) аллергические реакции; е) возможность неблагоприятного прогноза.

ООО «Стоматологическая поликлиника «Ростошь»
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ
на выполнение диагностических исследований и лечебных мероприятий

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 19, 20 Федерального закона № 323 от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

действуя в интересах моего ребенка _____
_____ года рождения, находящегося на лечении в ООО «Стоматологическая поликлиника «Ростошь», по моему добровольному согласию прошу провести моему ребенку все необходимые диагностические исследования и мероприятия, лечебные манипуляции и процедуры, связанные с лечением заболевания моего ребенка.

1. Мне лично разъяснены состояние здоровья и заболевания моего ребенка, а также характер и порядок всех необходимых диагностических мероприятий и медицинского вмешательства. Содержание указанных медицинских действий, связанный с ними риск, возможные осложнения и последствия мне разъяснены.

2. Я понимаю, что в ходе выполнения медицинских действий может возникнуть необходимость осуществления других медицинских вмешательств, исследований или операций. Я доверяю врачам принимать необходимые в этих случаях решения в соответствии с их профессиональными суждениями и выполнять любые медицинские действия, которые врачи сочтут необходимыми для улучшения состояния моего ребенка.

3. Я проинформирован(а) об альтернативных данному виду методах лечения и о преимуществах данного вида.

4. Мне известно, что во время лечебных манипуляций могут быть выявлены заболевания или их особые формы, которые потребуют изменения объема вмешательства, на что я даю свое добровольное согласие.

5. Я предупрежден(а) о том, что во время лечебных манипуляций и/или после них могут возникнуть осложнения, связанные с вмешательством, включая: а) кровотечение; б) тромбоз, эмболия (закупорка сосудов); в) развитие инфекционно-воспалительных осложнений; г) обострение сопутствующих заболеваний; д) аллергические реакции; е) возможность неблагоприятного прогноза.

6. Я предупрежден(а) о режиме поведения после лечения и возможных последствиях при его нарушении, а также о возможных болевых ощущениях и методах их обезболивания.

7. Мне объяснены возможные последствия отказа от предлагаемых лечебных мероприятий, включая осложнения.

8. Я разрешаю врачам делать фотографии и видеозаписи, связанные с лечебным процессом моего ребенка, и использовать их для научных и образовательных целей при условии, что идентификации моего ребенка как больного и личности не будет и фото- и видеоматериалы останутся анонимными.

9. Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии здоровья моего ребенка, 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 заболевания моего ребенка 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 моему ребенку.

12. Я ознакомлен(а) с распорядком дня, нормами и правилами поведения в поликлинике, обязуюсь проинформировать о них моего ребенка и буду нести ответственность в случае их нарушения моим ребенком.

Подпись родителей (опекунов) _____ / _____ /
(расшифровка)

Подпись лечащего врача _____ / _____ /
(расшифровка)

« _____ » _____ 20 _____ г.

6. Я предупрежден(а) о режиме поведения после лечения и возможных последствиях при его нарушении, а также о возможных болевых ощущениях и методах их обезболивания.

7. Мне объяснены возможные последствия отказа от предлагаемых лечебных мероприятий, включая осложнения.

8. Я разрешаю врачам делать фотографии и видеозаписи, связанные с лечебным процессом моего ребенка, и использовать их для научных и образовательных целей при условии, что идентификации моего ребенка как больного и личности не будет и фото- и видеоматериалы останутся анонимными.

9. Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии здоровья моего ребенка, 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 заболевания моего ребенка 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 моему ребенку.

12. Я ознакомлен(а) с распорядком дня, нормами и правилами поведения в поликлинике, обязуюсь проинформировать о них моего ребенка и буду нести ответственность в случае их нарушения моим ребенком.

Подпись родителей (опекунов) _____ / _____ /
(расшифровка)

Подпись лечащего врача _____ / _____ /
(расшифровка)

« _____ » _____ 20 _____ г.