

**Информированное добровольное согласие
на комплекс стоматологических обследований**

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)

В соответствии со ст.20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в целях получения медицинской помощи/получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Обществе с ограниченной ответственностью «МОЯ СТОМАТОЛОГИЯ» (ИНН 5012104211), на основании предоставленной медицинским работником информации

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

о форме, целях, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисками, возможными вариантами медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи,

даю информированное добровольное согласие на нижеуказанный перечень обследований, необходимых для проведения полноценного, качественного обследования и правильного выбора методов лечения:

- **опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;**
- **осмотр, в том числе инструментальное обследование, пальпация, перкуссия;**
- **рентгенологические исследования (компьютерная радиовизиография, конусно-лучевая компьютерная томография (КТ), ортопантограмма (ОПТГ), телерентгенография (ТРГ);**
- **применение цифровой внутриротовой видеокамеры;**
- **специальные методы диагностики (термоонтодиагностика, электроонтодиагностика, создание диагностических моделей челюстей пациента);**
- **фотографирование (фотодокументация).**

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов вышеназванных медицинских вмешательств потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п.5 ч.5.ст.19 ФЗ от 21.11.2011г. № 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)

_____ (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)