

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я, _____ (ФИО), в доступной форме получил(а) всю необходимую информацию и осознанно даю согласие на указанное ниже медицинское вмешательство.

Я был(а) проинформирован(а) о:

- материально-технической оснащённости медицинской организации;
- процессе медицинского вмешательства;
- последствиях отказа от медицинского вмешательства;
- предложенном методе (методах) анестезии;
- возможном риске и осложнениях, сопутствующих подобным манипуляциям как в процессе так и после медицинского вмешательства, избранному методу (методам) анестезии, в том числе о: ощущении дискомфорта после лечения, продолжающемся до нескольких дней; кратковременном (от нескольких часов до нескольких суток) онемении языка, губ, подбородка, зубов; ограничении открывания рта; отёке десны в области лечения; кровоизлиянии в мягких тканях; аллергических реакциях;
- альтернативных методах лечения, если таковые имеются;
- необходимости приобретения медикаментов.

Я согласен(а) на рекомендуемое рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения.

Я осознаю, что во время вмешательства ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата, и даю своё согласие на это.

№ п/п	Вид и характер медицинского вмешательства	Дата	Подпись потребителя
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Потребитель _____ / _____ /

«____» _____ 20__ года