ПРИЛОЖЕНИЕ № 5

к приказу ФГБОУ ВО

Кировский ГМУ Минздрава России

от \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России**

**Информированное добровольное согласие на стоматологическое медицинское вмешательство**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО)

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **\* Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:** | | | | | | |
| Я, паспорт: |  | | , выдан: |  | |  |
| являюсь законным представителем **(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)** ребенка или лица, | | | | | | |
| признанного недееспособным: | |  | | |  | |
|  | | (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения) | | |  | |

даю согласие на проведение консультации и медицинского стоматологического вмешательства мне (представляемому), понимаю цель и причины проведения данного вмешательства:

- Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

- Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном структурном подразделении Университета, и обязуюсь их соблюдать;

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований, в частности рентгенологической диагностики и контроля качества лечения, и обязуюсь приходить (обеспечивать явку представляемого) на контрольные осмотры в соответствии с согласованным временем явки. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

- Учитывая физиологические и психологические возрастные особенности, а также неадекватность поведения представляемого, врач может предложить альтернативный метод лечения - лечение под общим наркозом, либо отказать в проведении стоматологического приема;

- Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я осведомлен о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков;

- Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками Университета и обучающимися Университета исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

- Я подтверждаю, что прочитал и понял все вышеизложенное и имел возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные вопросы, связанные с лечением и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил удовлетворившие меня ответы, и у меня не осталось не выясненных вопросов к врачу;

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе (представляемого), степени тяжести и характере заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года | Подпись пациента/законного представителя |  |

Расписался в моем присутствии:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  должность | Подпись врача |  |

\* Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.