

## 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

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

при оказании первичной медико-санитарной помощи \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка)

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень), в том числе даю информированное добровольное согласие на:

1. Опрос, выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр (пальпация, перкуссия, термометрия).
3. Лечебные манипуляции:
  - проведение различных видов обезболивания
  - лечение стоматологических заболеваний согласно МКБ-10.
4. Профилактические мероприятия:
  - покрытие зубов препаратами, содержащими фтор,
  - реминерализующая терапия,
  - герметизация фиссур,
  - эндогенная профилактика кариеса.
5. Санитарно-просветительная работа:
  - индивидуальные беседы с ребенком,
  - индивидуальные беседы с родителями,
  - обучение гигиене полости рта,
  - уроки гигиены, в том числе и с родителями.
6. При наличии медицинских показаний направление к другим специалистам стоматологического профиля и специалистам педиатрического профиля
7. По медицинским показаниям направление на лабораторные, функциональные, рентгенологические методы обследования:
8. Направление на физиотерапевтическое лечение.

(Полное наименование организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_

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:

- Аллергические реакции на использование лекарственных препаратов, медикаментов и стоматологических материалов, вплоть до анафилактического шока.
- Осложнения, возникающие при лечении различных форм кариеса.
- Осложнения возникающие при эндодонтических вмешательствах, в частности постпломбировочные боли и обострения хронических воспалительных процессов в виде периоститов, абсцессов, флегмон.

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. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201 г.  
(дата оформления)