

Отказ

от видов 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)

“ ” 201 г. рождения, в стоматологическом кабинете ГБУЗ “Областная стоматологическая поликлиника”

отказываюсь от следующих видов 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. за № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 мая 2012 г. № 24082) (далее - виды медицинских вмешательств), в отношении лица, законным представителем которого я являюсь.

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, реминерализирующая 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.

Другое: _____
(указывается индивидуально законным представителем, либо ставится прочерк)

Медицинским работником _____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

ОЗНАКОМЛЕН И СОГЛАСЕН:

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. медицинского работника)

“ ” 201 г.
(дата оформления)