Приложение № 1/1
к медицинской карте №
стоматологического больного

Информированное добровольное согласие на комплексный план диагностики

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. *19-23 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.*

Я,_____,
(Ф.И.О. пациента)

обращаюсь для проведения диагностического исследования полости рта.

Согласен с тем, что мое обследование проведут врачи- стоматологи:

№	Врач	Специализация
1		
2		
3		
4		

Я понимаю, что процесс осмотра полости рта с использованием методов инструментальной диагностики (зондирование, перкуссия, пальпация, термодиагностика, снятие диагностических слепков, фотометрия), может сопровождаться явлениями дискомфорта или кратковременной болезненности , что необходимо для постановки правильного диагноза.

Я согласен на регистрацию полученных в результате обследования данных в медицинской документации.

Этот документ подтверждает, что я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым планом, сроками и стоимостью оказания медицинских услуг, рисками, исходами на оказываемые услуги, и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение диагностического исследования, поставив свою подпись в конце документа.

Я понимаю необходимость рентгенологического исследования челюстей и согласен(а) на его проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное обследование, гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Я понял(а) значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе и других документах, заполненных на мое имя в Клинике.

Я согласен на предоставление мне информации о состоянии здоровья полости рта и необходимых лечебных мероприятиях по устранению выявленных проблем, на основании проведенного обследования.

Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ЛИЧНО ПРОЧИТАЛ ВСЕ СТРАНИЦЫ ДОКУМЕНТА И ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ СОЗНАТЕЛЬНО ДАЮ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВЫШЕОГОВОРЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, И ЧТО ВСЕ СВЯЗАННЫЕ С НИМ ОБЪЯСНЕНИЯ БЫЛИ СДЕЛАНЫ.

№	Врач	Подпись врача	Подпись пациента	Дата
1				
2				
3				
4				