



УТВЕРЖДАЮ  
Генеральный директор  
ООО «Дента Арт»  
/В.Г. Кравченко/

Приложение № 1 к приказу № 1709/1 от «17» сентября 2018г.

Типовая форма

Информированное добровольное согласие пациента на предварительный опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, антропометрические исследования, в том числе снятие оттисков, изучение контрольных моделей, медицинское фотографирование, консультацию в ООО «Дента Арт».

Я, \_\_\_\_\_  
" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения,  
Законный представитель \_\_\_\_\_,  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя),  
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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в стоматологической клинике общества с ограниченной ответственностью «Дента Арт», а именно проведение предварительный опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, антропометрические исследования, в том числе снятие оттисков, изучение контрольных моделей, медицинское фотографирование, консультацию

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

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 добровольно обращаюсь за медицинской помощью в стоматологическую клинику ООО «Дента Арт», предоставляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья (или здоровья лица, чьим законным представителем я являюсь) и соглашаюсь на проведение предварительного опроса, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотра, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, антропометрические исследования, в том числе снятие оттисков, изучение контрольных моделей, медицинское фотографирование, консультацию для получения максимально полной картины состояния органов, диагностики и назначения предварительного плана лечения, для возможности врача согласовать этот план со мной.

Я понимаю, что без проведения перечисленных видов обследований врач не сможет поставить точный диагноз и информировать о нем меня, и соответственно назначить подходящее мне лечение.

Я имел возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я принимаю решение о лечении на предложенных мне условиях.

Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и несет для меня правовые последствия.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

С информированным согласием ознакомлен и согласен.

Подпись пациента (законного представителя) \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

Дата " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.