Приложение к договору №__ _____ от _____ на оказание платных медицинских услуг.

ООО «Стоматология «Айболит»

строго руководствуется Основами законодательства об охране здоровья граждан в РФ, Законом о защите прав потребителей, Современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства рентгенологическое исследования зубочелюстной системы.

Я, гр. _____ (Ф.И.О. Пациента)

Я, гр. _____(ФИО Законного представителя)

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, подтверждаю, что до проведения рентгенографии зубов и челюстей, получил (а) от медицинских работников и врача, интересующую меня информацию, о предстоящем рентгенологическом исследовании с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Я информирован(а) о характере рентгенологического исследования, целях - цели оказания медицинской помощи: выявление пневматизации данных анатомических образований, скопления жидкости, опухолей, инородных предметов, кист, воспалений, кариозных полостей, непрорезавшихся зубов, наличие неправильного прикуса в целях дальнейшей постановки диагноза (иное указать) _____,методике и возможных ощущениях во время его проведения. Мне разъяснили, что современное диагностическое оборудование для проведения рентгенографии зубочелюстной системы (дентальной, ортопантомографии и т.п.), позволяет проводить более одного рентгеновского снимка в процессе стоматологического лечения, без негативных последствий для организма. Мне разъяснено, что альтернативным и наиболее информативным, способом рентгенологического исследования зубочелюстной системы является компьютерная томография.

Я даю свое согласие на проведение необходимого количества рентгенологических снимков для достижения успешного результата стоматологического лечения. Количество рентгеновских снимков, связано с диагнозом и методом лечения стоматологического заболевания и зависит от анатомических особенностей организма (строения зубов, челюстей), моего поведения во время проведения процедуры. Мне сообщено, что не проводится рентгенологическое обследование в следующих случаях: беременность(только по жизненным показаниям); отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф, проведения курса лучевой терапии -менее чем за шесть месяцев до настоящего времени); выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений; назначение рентгенологических исследований, детям до 14 лет осуществляется врачом по показаниям и проводится с согласия и в присутствии родителей (законных представителей).

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) всё вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с проведением данной процедуры. На все заданные вопросы я получил(а) ответы, невыясненных вопросов не имею. Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем обследовании и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения. Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления таких услуг. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею. Мое решение, о проведении рентгенологического исследования, является добровольным.

Я также даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1., 3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания мне медицинских услуг.

Я удостоверяю, что мне (моему представителю) не был поставлен диагноз «наркомания» по результатам медицинского освидетельствования в соответствии с Федеральным законом от 08.01.1998 №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».

Я удостоверяю, что не признан судом не дееспособным вследствие психического расстройства и надомной не установлена опека, равно как и я не ограничен судом в дееспособности вследствие наличия психического расстройства или пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами и надо мной не установлено попечительство.

Я, проинформирован(на) о том, что такие согласия на конкретные медицинские вмешательства в ходе моего (представляемого) лечения подписываются однократно, как комплексное ознакомление меня(представляемого)со спецификой предстоящей медицинской услуги, в дальнейшем, при необходимости, повторного выполнения такой же манипуляции, информирование и прочие разъяснения будут проводиться в устной форме Я понимаю что этот план лечения является наиболее вероятным , но не исключена возможность возникновения обстоятельств, могущих повлечь изменения плана лечения по медицинским показаниям и (или) иным причинам, а следовательно, и его стоимости.. Также может возникнуть необходимость в проведении дополнительных медицинских вмешательств для обеспечения безопасности и надлежащего качества намеченного плана лечения. Мне разъяснено о праве на отказ от медицинского вмешательства, предусмотренный положениями статьи 20 Закона №323 ФЗ. В случае такого отказа я не буду иметь претензий к медицинской организации. Мне разъяснено ,что в случае моего отказа от медицинского

вмешательства возможны негативные последствия в развитии моего заболевания. Я, получил(а) от сотрудников клиники полную информацию о новой корона вирусной инфекции (COVID-19), возможностях и последствиях заражения COVID-19, в соответствии с ФЗ «О санитарно–эпидемиологическом благополучии населения» ,пун.3.2 ст. Закона Омской области «О защите населения и территории Омской области от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера», предупрежден(а) о соблюдении мер профилактики , направленных на предотвращение распространения COVID-19 и обязуюсь строго соблюдать все ,разъясненные мне , меры безопасности. Мне разъяснено и я осознаю , что клиникой предпринимаются все необходимые меры для предотвращения заражения и распространения COVID-19,однако понимаю, что невозможно исключить риск заражения COVID-19

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и удовлетворяют меня и на основании вышеизложенного я даю информированное добровольное согласие на проведение мне следующего медицинского вмешательства (**рентгенологического исследования зубочелюстной системы/)** врачём ООО Стоматология «Айболит».

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Пациент/Потребитель

_____

(подпись) (Ф.И.О. пациента)

Заказчик /Законный представитель _____

(подпись) (Ф.И.О представителя)

Беседу провёл врач _____ _____

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

в присутствии:_____.

(должность, фамилия, инициалы, подпись присутствующих сотрудников)

Дата «_____» _____.