

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на осмотр и консультацию врача-стоматолога

(в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Приказом Минздрава России № 1051н)

Я, _____

Дата рождения: _____

Адрес регистрации: _____

Контактный телефон: _____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства в виде первичного стоматологического осмотра и диагностики в

Наименование клиники: _____

(лицензия на медицинскую деятельность № _____ от _____)

1. Перечень медицинских вмешательств: Я соглашаюсь на проведение следующих диагностических процедур: сбор анамнеза (опрос о жалобах, заболеваниях, аллергиях, принимаемых лекарствах); визуальный осмотр полости рта; пальпация мягких тканей и лимфоузлов; зондирование зубов; перкуссия зубов; определение подвижности зубов; составление зубной формулы; фотопротокол полости рта (да / нет) [нужное подчеркнуть]; рентгенографические исследования (прицельный снимок, ОПТГ, КТ — да / нет) [нужное подчеркнуть].

2. Цель проведения: Проведение указанных вмешательств необходимо для: постановки предварительного диагноза; составления плана обследования и лечения; определения необходимости консультаций смежных специалистов (ортодонта, хирурга, пародонтолога и т.д.).

3. Возможные риски: Мне разъяснены возможные риски, связанные с проведением диагностических процедур. Они минимальны и могут включать: кратковременный дискомфорт или лёгкую болезненность при зондировании; реакцию на материалы (например, латекс перчаток врача); минимальный риск облучения при рентгенографии (с учётом современных безопасных аппаратов).

4. Я проинформирован(а), что имею право: отказаться от проведения отдельных диагностических процедур или всего осмотра в целом; получить разъяснения по содержанию настоящего документа до его подписания.

5. Конфиденциальность: Гарантируется соблюдение врачебной тайны. Информация о состоянии моего здоровья будет доступна только медицинским работникам клиники, участвующим в оказании помощи, и не будет передана третьим лицам без моего письменного согласия (за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ).

6. Я обязуюсь предоставить врачу достоверную информацию о своём здоровье, включая сведения об аллергии, хронических заболеваниях и принимаемых лекарствах.

Я понимаю, что результаты осмотра и диагностики могут выявить необходимость дополнительных исследований или консультаций, на которые потребуется подписать отдельное ИДС.

Я подтверждаю:

что текст настоящего согласия прочитан мной лично (или зачитан вслух медицинским работником);

что мне в доступной форме разъяснены цели, методы, риски и последствия диагностических процедур;

что я получил(а) ответы на все заданные вопросы;

что моё решение является добровольным и основано на полной информации.

Дата: « _____ » _____ 20 ____ г.

Подпись пациента (или законного представителя): _____ / _____

(подпись) (расшифровка — ФИО)

ФИО и должность медицинского работника, получившего согласие:

Подпись медицинского работника: _____ / _____

(подпись) (расшифровка — ФИО)