

**Информированное добровольное согласие  
на консультацию, осмотр, диагностику в ООО «ОРТОНИКА».**

г.о. Тольятти

дата \_\_\_\_\_

Настоящее информированное согласие разработано на основании ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Приказов Минздравсоцразвития РФ № 390н от 23 апреля 2012 года, № 1177н от 20.12.2012 г.

Согласно ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 года № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» любое медицинское вмешательство, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.

Подписывая данное информированное согласие я даю свое согласие на обработку ООО «ОРТОНИКА» моих персональных данных согласно ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и положения ООО «ОРТОНИКА» «О персональных данных».

Информированное добровольное согласие на полный комплекс обследований дается пациентом либо его законным представителем один раз при первичном обращении в медицинскую организацию и действительно в течение всего срока оказания услуг в медицинской организации.

**В целях проведения полноценного и качественного обследования согласно Клиническим Рекомендациям, Порядкам и Стандартам оказания медицинской помощи, основанным на доказательной медицине (ФЗ от 21-11-2011, ред. от 04-2015№323) врач стоматолог проводит:**

1. Опрос, в том числе:
  - выявление основной жалобы, жалоб сопутствующих
  - сбор анамнеза болезни: как давно проявились признаки заболевания, как изменялись во времени
  - сбор анамнеза жизни: особенности жизни, влияющие на развитие стоматологического заболевания
2. Осмотр, другие методы диагностики, в том числе:
  - пальпация (метод обследования, основанный на осязательном ощущении пальцев врача).
  - инструментальное обследование (проводится с использованием инструментов).
  - окрашивание зубного налета (проводится с использованием окрашивающих медикаментов)
  - термоодонтодиагностика (проводится с использованием температурных раздражителей)
  - электроодонтодиагностика (проводится с использованием электрического раздражителя)
3. Радивизиографическое исследование (проводится с использованием рентгенологической цифровой технологии). Противопоказание: беременность; более 1000мкЗв в год выше порога лучевой нагрузки года.
4. Диагностические оттиски зубных рядов и создание диагностических моделей челюстей пациента.
5. Фото и видео лица, зубов, полости рта . Используется для диагностики, планирования, оценки динамики и результата лечения, а также для коммуникации с зуботехнической лабораторией.
6. Пародонтограмма (диагностика состояния пародонта)

Я \_\_\_\_\_

ознакомившись с перечнем диагностических мероприятий, применяемых в ООО «ОРТОНИКА», все термины которого, а также цели каждой диагностической манипуляции мне понятны, получив полные и ясные ответы на возникшие у меня вопросы, понимая, что факт дачи мною согласия на медицинское вмешательство имеет соответствующие юридические последствия. Я подписываю настоящее согласие на медицинское вмешательство, будучи вменяемым, дееспособным человеком, обладая необходимой информацией для принятия решения.

**даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство мне либо моему**

ребенку \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

(подпись) (ФИО гражданина или законного представителя)

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

(подпись) (ФИО медицинского работника)

**ИЛИ**

**отказываюсь от медицинского вмешательства мне либо моему ребенку** \_\_\_\_\_

Отказываясь от применения данной диагностической манипуляций я осознаю что, это ограничивает возможности получения полной и достоверной информации о состоянии моего здоровья (здоровья моего ребенка). Что может повлечь за собой ограничение возможности лечения в полном объеме вследствие нарушения условий качества и безопасности медицинской деятельности (приказ МЗ РФ от 10.05.2017 г. N 203н).

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

(подпись) (ФИО гражданина или законного представителя)

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

(подпись) (ФИО медицинского работника)

Настоящее информированное согласие разработано на основании Постановления Правительства Российской Федерации от 04. Октября 2012 № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

**Уведомление потребителя (заказчика) о последствиях  
несоблюдения указаний (рекомендаций)**

До заключения договора исполнитель в письменной форме уведомляет

---

(ФИО гражданина или законного представителя)

**о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество и безопасность предоставленной платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.**

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

(подпись)

(ФИО гражданина или законного представителя)

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

(подпись)

(ФИО медицинского работника)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.