



Общество с ограниченной ответственностью «ГК-СТОМАТОЛОГИЯ »
ИНН/КПП 2304081118/ 230401001, ОГРН 1232300042413

Информированное добровольное согласие на проведение консультации врача-специалиста

Я, _____, Дата рождения _____ г.р.,
принимаю решение обратиться в ООО «ГК Стоматология» с целью оказания
мне (далее – пациенту) консультации врача-специалиста.

Настоящим подтверждаю, что перед оказанием медицинского вмешательства в
объеме консультации в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21
ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской
Федерации» в доступной для меня форме предоставлена полная информация об
оказании медицинской услуги в объеме проведения консультации, а именно: о
целях, методах оказания медицинской услуги, связанном с ними риске,
возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а
также о предполагаемых результатах оказания медицинской услуги.

Мне разъяснено, что конкретная цель консультации зависит от количества и
характера предъявленных мною жалоб, сообщенных данных анамнеза,
представленных результатов исследований.

Мне в полном объеме разъяснена информация о возможных результатах
консультации, о проведении предварительных и дополнительных обследований,
а также о возможности осуществления коррекции ранее назначенного лечащим
врачом на очном приеме лечения в иной стоматологической клинике, в том
числе с формированием рецептов на лекарственные препараты.

Я понимаю, что коррекция ранее назначенного лечения возможна при условии
установления диагноза и назначения лечения на приеме врачом-специалистом
ООО «ГК Стоматология».

Я понимаю, что в случае обращения пациента за получением консультации
врача-специалиста ООО «ГК Стоматология» мне может быть рекомендовано
провести предварительное обследование.

Мне разъяснено, что результатом любой консультации может являться дача
врачом-специалистом ООО «ГК Стоматология» рекомендаций по профилактике
- комплексу мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья
и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение
возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление,
выявление причин и условий их возникновения и развития, а также
направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов
среды его обитания.

Я понимаю, что несообщение врачу сведений о состоянии моего здоровья,
сообщение неполных или недостоверных сведений, несоблюдение
рекомендаций врача, в том числе о характере питания, физических нагрузках,
других ограничениях, и самостоятельное лечение могут отрицательно сказаться

на состоянии моего здоровья и результатах консультации.

Мне разъяснено и понятно, что я имею право отказаться от вышеуказанного медицинского вмешательства или потребовать его прекращения.

Я доверяю врачу-специалисту ООО «ГК Стоматология» выполнение необходимых и показанных мне медицинских вмешательств в объеме консультации врача-специалиста.

При подписании настоящего Информированного добровольного согласия Пациенту вышеуказанная информация разъяснена и понятна.

Пациент получил полную информацию об особенностях консультации врача-специалиста, принял решение получить медицинское вмешательство на вышеуказанных условиях и доверяет врачу принимать возможные и необходимые решения и выполнять любые допустимые особенностями консультации возможные медицинские действия в ходе оказания консультации с целью достижения наилучшего результата и дальнейшего улучшения состояния Пациента.

Иные вопросы у Пациента отсутствуют вследствие полного осознания существа выполняемого медицинского вмешательства

(подпись)

(Ф.И.О. пациента)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

"__" _____ 20__ г.