

**Стоматологическая клиника ООО «ДАЙМЕНД – ДЕНД ЛТД»**  
**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Медицинскую информацию о диагнозе (в т.ч. предварительном), тактике обследования и лечения предоставил врач: Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_

Пациент (или его законный представитель) обладает полной дееспособностью, осознает свои действия, может управлять ими и нести ответственность за них «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Подпись врача \_\_\_\_\_

\*Я, \_\_\_\_\_ (ф.и.о.), (паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_), являюсь законным представителем (матерью/отцом/опекуном/попечителем/представителем по доверенности) и действую на основании (свидетельства о рождении/ доверенности/ решения суда) (ф.и.о) ребёнка или недееспособного лица, г.р. \_\_\_\_\_

\*заполняется только для лиц не достигших 18 летнего возраста, для лиц ограниченных в дееспособности или недееспособных лиц

Я, \_\_\_\_\_ подтверждаю, что:

1. Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях состояния моего здоровья (здоровья представляемого).
2. Добровольно даю своё согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований, инъекций, внутривенных вливаний, лечебных мероприятий, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.
3. Я информирован о целях, характере и о возможных неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения.
4. Я извещён о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, назначенные врачом клиники, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом приём любых, не прописанных лекарств.
5. Я предупреждён и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций врача, режима приёма препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования и бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья моего представляемого).
6. Я проинформировал врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем (здоровьем представляемого), в том числе об аллергических проявлениях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесённых мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. ВИЧ инфекции, вирусных гепатитов, туберкулёза, инфекций, передаваемых половым путём, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.
7. Я сообщил правдивые и полные известные мне сведения об отягчающих факторах моей наследственности (наследственности моего представляемого), а также об употреблении мной (моего представляемого) алкоголя, наркотических и токсических средств.
8. Я согласен на медицинский осмотр и медицинские манипуляции, в том числе медицинскими работниками, привлечёнными, в случае необходимости, из других лечебных медицинских учреждений в медицинских целях, при условии соблюдения режима сохранности врачебной тайны.
9. Я даю согласие на внесение в локальную информационную систему стоматологической клиники «ООО Дайменд-Дент ЛТД», моих (представляемого) персональных данных, в том числе данных о состоянии моего (представляемого) здоровья, установленных мне (представляемому) диагнозов, назначенном лечении и течении заболевания. Для сбора указанной информации даю согласие на проведение фото и видео съёмки в случае такой необходимости.
10. Я соглашаюсь с использованием, обработкой и хранением моих (представляемого) персональных данных при условии соблюдения требований действующего законодательства по их защите согласно Закона Донецкой Народной Республики «О персональных данных».
11. Я ознакомлен со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты в полном объёме. Подтверждаю, что добровольно даю своё согласие на обследование и лечение в предложенном объёме.
12. Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам: \_\_\_\_\_
13. Я соглашаюсь, что подписанное мною данное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство действует на каждое посещение, обследование и лечение меня (моего представляемого) в стоматологической клинике ООО «Дайменд – Дент ЛТД».

Подпись пациента/законного представителя \_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_

Расписался в моем присутствии

Ф.И.О, должность \_\_\_\_\_