

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (план лечения)

Г. Белгород

«___»_____

20__г.

Я, _____,

(Ф.И.О. пациента)

Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и интересах пациента действует его представитель

Я, _____

_____ (Ф.И.О. представителя пациента) выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента

_____ (Ф.И.О. пациента)

получил(-а) разъяснения по поводу диагноза, отраженного в настоящей медицинской карте стоматологического пациента, получил информацию: об особенностях лечения заболевания, вероятной длительности лечения, вероятном прогнозе заболевания, возможных неблагоприятных последствиях лечения, связанном с ним риске, об альтернативных методах лечения и об их примерной стоимости. Об этом свидетельствуют подписанные мною (представляемым) информированные добровольные согласия и полученные мною (представляемым) рекомендации по соответствующим разделам стоматологического лечения.

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 ознакомлен(-а) и согласен(-на) с предложенным мне (представляемому) планом лечения и его стоимостью, отраженным в данной медицинской карте. Я понимаю, что этот план лечения является наиболее вероятным, но не исключена возможность возникновения обстоятельств, которые смогут повлечь изменения плана лечения по медицинским показаниям и(или) иными причинами, а, следовательно, и его стоимости. Также может возникнуть необходимость в проведении дополнительных медицинских вмешательств для обеспечения безопасности и надлежащего качества намеченного плана лечения. Такие изменения и дополнения, оказываемых мне (представляемому) медицинских услуг подлежат оплате при условии получения моего (представляемого) предварительного согласия на их выполнение, а также без него в случае необходимости таких изменений и дополнений, возникших по медицинским показаниям при проведении общей анестезии и, следовательно, невозможности получения моего (представляемого) согласия из-за моей временной неспособности выразить свою волю.

Я проинформирован(-а) о том, что любое медицинское вмешательство затрагивает действие биологических законов и процессов, которые не подвластны ни абсолютному контролю, ни воле, ни прогнозу со стороны человека, поэтому намеченный план моего лечения – это скорее четкий ориентир, который может дополняться, изменяться, в том числе

весьма существенно в ходе оказания мне (представляемого) только лишь положительный результат оказанной медицинской услуги только лишь положительного результата.

Я понимаю и принимаю то, что в виду специфики медицинской помощи, Клиника по независящим как от нее, так и от меня (представляемого) причинам не может гарантировать мне (представляемому)

Беседу провел врач _____

Пациент (представитель пациента) согласился с предложенным планом лечения _____ (подпись)

Пациент (представитель пациента) отказался от предложенного плана лечения _____ (подпись)

