

## Информированное добровольное согласие на оказание платных стоматологических услуг Консультативно-диагностический прием

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящих мне медицинских услугах и что я согласен (согласна) с названными мне условиями их проведения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала консультативного приема.

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество пациента)

обращаюсь за консультативно-диагностическими услугами.

Я соглашаюсь получить подробные объяснения по поводу моего состояния здоровья, имеющихся заболеваний, рекомендуемых методов дополнительной диагностики, в том числе следующих вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, медицинская фотосъемка.
3. Снятие оттисков и изготовление контрольно-диагностических моделей для анализа.
4. Антропометрические исследования.
5. Термометрия.
6. Тонометрия.
7. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
8. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
9. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
10. Функциональные методы обследования, в том числе мониторирование артериального давления, пульса, сатурации крови, мониторирование электрокардиограммы.
11. Инструментальную функциональную диагностику состояния зубо-челюстной системы с использованием артикулятора и кондилографа
12. Рентгенологические методы обследования (прицельная рентгенография зубов, панорамная рентгенография челюстей, телерентгенография черепа, кт-конусно-лучевая томография):
  - 12.1. Я информирован(а) об альтернативных методах диагностики и преимуществах цифровой рентгенографии перед ними.
  - 12.2. Мне разъяснено, что в ходе выполнения исследования может возникнуть необходимость расширения обследования. Я доверяю врачу принимать соответствующее решение и выполнить действия, которые он сочтет необходимыми для верификации диагноза и контроля лечения.
  - 12.3. Я заявляю, что изложил врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья, беременности, в том числе предполагаемой, проведенных мне оперативных вмешательствах, что зафиксировано в заполненной анкете.
13. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья следующим лицам:

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Адрес эл. почты \_\_\_\_\_