

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в  
Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают  
информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для  
получения первичной медико-санитарной помощи**

*Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст. ст. 19-23 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», сообщена вся необходимая информация о предстоящих медицинских вмешательствах*

Я, **Фамилия Имя Отчество**, **Дата Рождения** г.р., зарегистрирован **Адрес Регистрации**, тел. добровольно обращаюсь в ООО «Спасибо.Клиник» и даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2012 г. №390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи», стоматологической помощи, в том числе на проведение следующих медицинских вмешательств: опроса, в том числе выявления жалоб, сбор анамнеза, осмотра, в том числе пальпации, перкуссии, аускультации, антропометрического исследования, термометрии, тонометрии, электроодонтометрии, иного стоматологического обследования, неинвазивных исследований челюстно-лицевой области, лабораторных методов обследования, в том числе клинических, биохимических, иммунологических, функциональных методов исследования, в том числе на различные стоматологические пробы, пульсоксиметрию, консультацию, диагностику, рентгенологические методы исследования, рентгенологические методы диагностики, постановку диагноза, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

**Медицинский работник** \_\_\_\_\_ в доступной форме уведомил меня об осуществляемой им медицинской деятельности, о режиме работы клиники, о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, об эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, о состоянии моего здоровья, о правилах и условиях эффективного и безопасного использования результатов оказанных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых в ООО «Спасибо.Клиник», их стоимости, положении о гарантиях и сроках службы на овещественные результаты оказанных услуг.

Я понимаю цели и задачи стоматологической консультации, обследования и лечения. В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенный в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Я даю разрешение проводить осмотры, рентгенологические и инструментальные исследования, делать оттиски, 3D-сканирование челюсти, фотографии, видеосъемку, инъекции лекарственных препаратов, и любые другие медицинские вмешательства, которые будут необходимы для обеспечения качества и безопасности лечения, постановки диагноза и при проведении периодических контрольных осмотров по назначению врача, обезболивания, проведения лечения, а также для фиксации результатов медицинского вмешательства.

Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральному закону от 05.12.1995 № 3-ФЗ «О радиационной безопасности населения» (в редакции Федерального закона от 18.03.2023 № 67-ФЗ), приказа Минздрава СССР от 29.03.1990 № 129 «Об упорядочении рентгенологических обследований», постановления Главного

государственного санитарного врача РФ от 18.02.2003 № 8 «О введении в действие СанПиН 2.6.1.1192-03» даю согласие на проведение рентгенографии по моему добровольному желанию и прошу провести мне все необходимые исследования, связанные с диагностикой моего заболевания.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

**Я разрешаю/не разрешаю (подчеркнуть) использовать публично фотографии моих зубов и полости рта на условиях анонимности в печатных изданиях и сети Интернет.** Мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих стандартов и протоколов. Я понимаю, что специалисты ООО «Спасибо.Клиник» не несут ответственность за последствия медицинских осложнений лечения, аллергических реакций, побочные действия лекарственных средств и иных препаратов, за качество ранее проведенного в других медицинских учреждениях лечения и возникновение негативных последствий, связанных с возникновением, наличием и обострением уже имеющихся у Пациента острых и хронических заболеваний. Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии, о наличии всех имеющихся у меня заболеваний, травм и ранее выполненных операций. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, используемые в ООО «Спасибо.Клиник» в процессе лечения, а также примерные сроки проведения лечений. Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы, в том числе по медицинской терминологии, и получил на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение нумерации зубов и всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе. Я даю разрешение проводить все виды медицинских вмешательств, указанных в настоящем согласии, и использовать труд любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти

---

(Ф.И.О. при наличии гражданина, контактный телефон)

Пациент: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (подпись)

Врач-стоматолог: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (ФИО) /

Дата: г.