

### Письменное добровольное согласие пациента при инвазивных вмешательствах

Я, (подчеркнуть) пациент/законный представитель:

\_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента/законного представителя)

находясь в КГП на ПХВ «Областная стоматологическая поликлиника» УЗКО

(наименование медицинской организации)

даю свое согласие на проведение (подчеркнуть): мне/лицу, законным представителем которого я являюсь: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения)

следующей процедуры: \_\_\_\_\_

(указать наименование процедуры)

1. Я информирован/(а) о целях, характере, неблагоприятных эффектах планируемого инвазивного вмешательства, согласен(на) со всеми подготовительными и сопровождающими возможными анестезиологическими мероприятиями, а также с необходимыми побочными вмешательствами. Я предупрежден(а), что во время инвазивного вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, риски и осложнения и понимаю, что это может включать нарушения со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, что это связано с непреднамеренным причинением вреда здоровью. В таком случае, я согласен(на) на применение врачами всевозможных методов лечения, направленных на устранение вышеуказанных осложнений.

2. Я ставлю в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем (со здоровьем лица, законным представителем которого я являюсь):

наследственность;

аллергические проявления;

индивидуальная непереносимость лекарственных препаратов и продуктов питания;

потребление табачных изделий;

злоупотребление алкоголем;

злоупотребление наркотическими средствами;

перенесенные травмы, операции, заболевания, анестезиологические пособия;

экологические и производственные факторы физической, химической или биологической природы, воздействующие на меня (лица, законным представителем которого я являюсь) во время жизнедеятельности;

принимаемые лекарственные средства.

3. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы врачу и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

4. Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.

Подпись заявителя: \_\_\_\_\_ (пациент/законный представитель)

Дата заполнения: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 202\_\_ г.

Врач: \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Подпись: \_\_\_\_\_

Примечание:

1. Инвазивное вмешательство – медицинская процедура, связанная с проникновением через естественные внешние барьеры организма (кожа, слизистые оболочки) (инъекция, диагностическая процедура, хирургическая операция и так далее).

2. Согласие на проведение инвазивного вмешательства может быть отозвано, за исключением случаев, когда медицинские работники по жизненным показаниям уже приступили к инвазивному вмешательству и его прекращение или возврат невозможны в связи с угрозой для жизни и здоровья пациента.