

Приложение к медицинской карте № \_\_\_\_\_  
Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство (основание ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г., № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

## Информированное согласие на анестезиологическое обеспечение стоматологического вмешательства

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество гражданина, одного из родителей ребенка до 15 лет, иного законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на предложенное мне, моему ребенку, лицу,  
чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество ребенка (до 15 лет), лица, от имени которого, выступает законный представитель)  
медицинское вмешательство Анестезическое обеспечение,  
(наименование вида медицинского вмешательства)

настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован (а) о предстоящем мне стоматологическом лечении в условиях медикаментозной седации, катетеризации периферических вен.

О возможных осложнениях при выполнении анестезии (сонливость, слабость, головокружение, непредсказуемые и аллергические реакции на лекарственные препараты, декомпенсация хронических заболеваний) и связанным с ними риском я информирован(а) врачом анестезиологом-реаниматологом \_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество).

Я внимательно ознакомился(ась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Я разрешаю (не разрешаю) врачу, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем лечении в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, исключив возможность меня идентифицировать.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

**Я принимаю решение осуществить анестезиологическое обеспечение стоматологического вмешательства на предложенных мне условиях.**

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

(или подпись его законного представителя)

Подпись врача: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /