

**Приложение к медицинской карте**  
**Информированное согласие на медицинское вмешательство (основание ст. 13, 19, 20, 22, 27**  
**Основ законодательства РФ об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации**  
**от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ (редак. от 06.04.2015)**

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я получил разъяснения по поводу диагноза моего заболевания, об особенностях его течения, вероятной длительности лечения, о вероятном прогнозе заболевания. Извещен о необходимости соблюдать охранительный режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных лекарственных средств и препаратов.

Я извещен, что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема лекарственных средств, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Я извещен о вероятном течении заболевания при отказе от лечения. Я имел возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные ответы. Я получил информацию об альтернативных методах лечения.

Я понимаю, что успех лечения зависит не только от качества работы и стоматологических материалов, но и от состояния моего здоровья, иммунитета и гигиены полости рта.

Мне предложен план обследования и лечения, даны полные разъяснения о характере, целях и продолжительности, возможных неблагоприятных эффектах диагностических и лечебно-профилактических процедур, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения.

Я информирован относительно того, что в ходе вмешательства могут произойти обстоятельства, которые потребуют внести изменения в первоначальный план лечения.

Я прочитал и понял все вышеизложенное, удовлетворен ответами лечащего врача на мои вопросы.

---

---

---

**С предложенным мне планом лечебно-профилактических мероприятий согласен, даю добровольное согласие на медицинское вмешательство и обработку персональных данных.**

---

(подпись пациента)

**Лечащий врач** \_\_\_\_\_

(подпись врача)