ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на хирургическое медицинское вмешательство

Я, нижеподписавшийся(аяся) пациент, подтверждаю, что мне в доступной форме предоставлена информация в соответствии со ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также с учётом требований: Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.07.2026 № 696н «О внесении изменений в Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях, утверждённый приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 786н» (вступает в силу с 01.10.2026) и Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2025 № 189н.

Мне разъяснены: предполагаемый диагноз и прогноз; цель предлагаемого медицинского вмешательства; его виды, методы и объём; риски, побочные явления и возможные осложнения; альтернативные варианты оказания помощи; ожидаемый результат; необходимость и порядок предварительной подготовки; правила поведения после вмешательства.

Виды медицинских вмешательств в рамках хирургическое:

- удаление зубов (простое и сложное); операции на тканях пародонта; пластика уздечек и преддверия полости рта; дентальная имплантация; костно-пластические операции; вскрытие очагов воспаления.

В соответствии с пунктом 8 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях (в редакции Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.07.2026 № 696н) медицинские манипуляции, которые могут вызвать болевые ощущения, проводятся с обязательным обезболиванием (местная и проводниковая анестезия; при наличии показаний — анестезиологическое пособие, в том числе седация). Обезболивание проводится по данному информированному добровольному согласию; отказ от обезболивания возможен только по письменному заявлению пациента.

Мне разъяснены последствия отказа от медицинского вмешательства, и я подтверждаю право на отказ от него в соответствии с законодательством РФ.

Настоящее согласие действует в течение всего срока оказания медицинской помощи в стоматологической клинике «Дентас» по адресу: г. Томск, ул. Железнодорожная, д. 62.

Пациент: _____ / Ф.И.О. / Дата: «__» _____ 20__ г.

Врач: ___ _____ / подпись / Дата: «__» _____ 20__ г.