

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
для детей до 15 лет на выполнение исследований, лечение.**

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Я (отец,мать,опекун-нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_ являясь

законным представителем ребенка \_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество ребенка, возраст)

находящегося на лечении в ООО «Семейная стоматология» по добровольному согласию прошу провести все необходимые диагностические исследования и мероприятия, связанные с лечением заболевания.

1. Мне разъяснены состояние здоровья и заболевания ребенка, а также характер, порядок и содержание всех необходимых диагностических и лечебных мероприятий, соответствующих установленному и объявленному диагнозу заболевания и стадии его развития.

2. С анализами и результатами исследований, подтверждающими поставленный диагноз ребенку, ознакомлен(а).

3. Я доверяю врачам ООО «Семейная стоматология» выполнять все необходимые исследования и медицинские вмешательства.

4. Я информирован(а) о характере предстоящих исследований/манипуляций, связанном с ними риском и возможном развитии неприятных ощущений, осложнений и последствий 1) болевых ощущениях; 2) воспалительных явлениях; 3) обострении сопутствующих заболеваний; 4) аллергических реакциях.

5. Я проинформирован(а) об альтернативных данному виду методах лечения и о преимуществах данного вида. Я также ознакомлен(а) с планом предлагаемого поэтапного медикаментозного лечения и действием данных лекарственных препаратов, с возможным изменением медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применением других лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами.

6. Я предупрежден(а) о последствиях отказа от предлагаемого метода исследования/манипуляции, включая возможные осложнения.

7. Мне разъяснено, что в ходе выполнения медицинских действий, проводимых представляемому мной ребенку, может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, исследований, операций, лечебных мероприятий. Я доверяю Врачу и его коллегам принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые Врач сочтет необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения состояния ребенка.

8. Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии здоровья ребенка, наследственных, психических, венерических и других заболеваниях в семье.

9. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

10. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства представляемому мной ребенку.

11. Я ознакомлен(а) с правилами внутреннего распорядка в ООО «Семейная стоматология» и обязуюсь **соблюдать** их.

12. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне Врачом, оно мне полностью понятно, что я и удостоверяю своей подписью.

**Подпись представителя пациента** \_\_\_\_\_ **Ф. И.О. (полностью)**  
(Мать, отец, опекун) *Нужное подчеркнуть*