**Информированное добровольное согласие**

**на медицинское вмешательство**

Я, нижеподписавшийся\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающий по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

действующий (ая) в своих интересах (в интересах лица, не достигшего 15 лет, или недееспособного гражданина)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

законным представителем, отцом, матерью, усыновителем, опекуном, попечителем, которого я являюсь поставлен (на) в известность, что мне будут произведены лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с имеющимися медицинскими показаниями

Мне (представляемому), согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

Я ознакомлен (на) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима,, установленного **в** данном лечебно-профилактическом учреждении и обязуюсь их соблюдать;

1. Добровольно даю свое согласие на проведение опроса (сбора жалоб, истории заболевания) , в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований , взвешивание, консульнацию, осмотр кожных покровов при помощи дерматоскопа , наложение питательных масок подкожные и внутрикожные иньекции ,введение мезонитей, нитей аптос, демакияж, пилинги, косметическую чистку кожных покровов лица, шеи, декольте. Наложение крема-анестетика, наложение косметических средств на кожные покровы лица. шеи. декольте;термо- и тонометрию, осмотр, пальпацию, перкуссию,,препарирование тканей зуба,эндодонтическое лечение, реставрацию , иссечение мягких тканей, вскрытие абсцессов,, удаление зуба,имплантацию, снятие оттисков, примерку и фиксацию протезов, починку протезов)); в том числе, рентгенографических, лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных манипуляций, диагностических и лечебных пункций.Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;
2. Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;
3. Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

* Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
* Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.' Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
* Я согласен (а) на осмотр другими медицинскими работниками с учетом сохранения врачебной тайны;
* Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;
* Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Я согласен (а) с тем, что никто не может предвидеть результат планируемого лечения, и мне не могут быть даны абсолютные гарантии.
* Подпись пациента/законного представителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_