

**Информированное добровольное согласие на виды медицинского вмешательства для получения  
первичной медико-санитарной помощи  
на стоматологическое ортопедическое лечение**

Составлено в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ  
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина) " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения,  
Зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) по стоматологии ортопедической в Государственном бюджетном учреждении Республики Марий Эл «Стоматологическая поликлиника г. Йошкар-Оль» Медицинским работником: врачом-стоматологом-ортопедом \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений. Лечащим врачом мне лично разъяснены конструкция зубных протезов, сроки, условия изготовления и стоимость. Я также ознакомлен(а) с возможными альтернативными вариантами протезирования. Я согласен(а) с предложенным мне планом лечения и проведения подготовительных мероприятий. Я проинформирован(а) о том, что при наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические микротоки, которые вызывают покраснение, болезненность и отечность слизистой оболочки полости рта, металлический привкус, жжения языка, во избежание этих явлений, не допускается наличие разнородных сплавов в полости рта. Я понимаю, что зубопротезирование является вмешательством в мой организм и как любая медицинская операция, может иметь различные варианты результативности, в зависимости от состояния опорных зубов, костной ткани, тканей пародонта и протяженности дефектов зубного ряда; индивидуальных особенностей организма, несмотря на выполнение в полном объеме стандартов, диагностических, лечебных мероприятий и технологических этапов зубопротезирования. Я информирован(а) о регулярных осмотрах у врача и профилактических мерах по сохранению зубов и зубопротезной конструкции и особенностях личной гигиены полости рта при наличии зубных протезов во рту. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода, и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать их прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона № 323-ФЗ может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

\_\_\_\_\_  
(дата оформления)

**Клинический анамнез** (заполняется пациентом).

1. Находитесь ли Вы под наблюдением врача (терапевта)? Если да, то укажите причины заболевания

---

2. Принимаете ли Вы в настоящее время какое-либо лекарство? Если да, то укажите какое.

3. Подчеркните заболевания, которые у Вас имеются или были ранее:

Аллергия, анемия, астма, гипертония, инфаркт, инсульт, ревматизм, и др. заболевания сердечнососудистой системы; рак, диабет, глаукома, травма головы или шеи, болезни почек или печени, язва желудка или др. заболевания ЖКТ; инфекционный гепатит, герпес, заболевания нервной системы, эпилепсия (обмороки) вензаболевания, СПИД, туберкулез, наркозависимость, алкоголизм или другие:

---

4. Имеется ли у Вас кардиостимулятор? \_\_\_\_\_ (да, нет)

5. Было ли когда-нибудь длительное кровотечение? \_\_\_\_\_ (да, нет)

6. Были ли необычные реакции на лекарства (сыпь, отёки и т.д.) \_\_\_\_\_ (да, нет)

7. Для женщин. Вы беременны, подозреваете беременность, кормите грудью?(да, нет)

Достоверность сведений подтверждаю \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Дата \_\_\_\_\_