

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств  
для получения первичной медико-санитарной помощи**

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)

в Государственном бюджетном учреждении Республики Марий Эл «Стоматологическая поликлиника г. Йошкар-Оль»:  
на стоматологическое терапевтическое лечение

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись пациента или законного представителя

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

на стоматологическое терапевтическое лечение

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись пациента или законного представителя

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

на стоматологическое терапевтическое лечение

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись пациента или законного представителя

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

на стоматологическое терапевтическое лечение

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись пациента или законного представителя

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

на стоматологическое терапевтическое лечение

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись пациента или законного представителя

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

на стоматологическое терапевтическое лечение

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись пациента или законного представителя

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

на стоматологическое терапевтическое лечение

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись пациента или законного представителя

\_\_\_\_\_ Подпись исполнителя \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)  
на стоматологическое терапевтическое лечение Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ Подпись пациента или законного представителя \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

\_\_\_\_\_ Подпись исполнителя \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)  
на стоматологическое терапевтическое лечение Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ Подпись пациента или законного представителя \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

\_\_\_\_\_ Подпись исполнителя \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)  
на стоматологическое терапевтическое лечение Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ Подпись пациента или законного представителя \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

\_\_\_\_\_ Подпись исполнителя \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)  
на стоматологическое терапевтическое лечение Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ Подпись пациента или законного представителя \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

\_\_\_\_\_ Подпись исполнителя \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)  
на физиотерапевтическое лечение Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ Подпись пациента или законного представителя \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

\_\_\_\_\_ Подпись исполнителя \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)  
Медицинским работником: зубным врачом, врачом-стоматологом \_\_\_\_\_  
(нужное подчеркнуть) (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, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

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

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

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

\_\_\_\_\_ (дата оформления)