

Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства детям в возрасте до 15 лет

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ.

Я, _____ доверяю проведение медицинского вмешательства моему ребенку _____ понимаю цель и причины проведения данного медикаментозного вмешательства.

Доктор поставил моему ребенку следующий диагноз _____

Последствием отказа от лечения могут быть различные прогрессивные заболевания, которые могут повлечь за собой осложнения при появлении постоянных зубов у моего ребенка.

Я согласен(а) на проведение по показаниям рентгенологического обследования, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения.

Я согласен(а) на применение анестезии (обезболивания), которую доктор выберет по своему усмотрению. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии.

Я обязуюсь приходить с моим ребенком на контрольные осмотры (по графику, согласованному с доктором и записанному в историю болезни).

Я осведомлен о возможных осложнениях во время проведения медицинского вмешательства при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я информировал доктора _____ обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам, которые имелись у моего ребенка в прошлом и об аллергии в настоящее время. А так же обо всех имеющихся у него хронических заболеваниях, которые могут повлиять на проведение и результат медицинского вмешательства. Понимая сущность медицинского вмешательства и уникальность детского организма, я согласен с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемой процедуры. Я полагаю, что в моих интересах и в интересах моего ребенка приступить к данному лечению. Данная процедура проводится целиком и полностью по согласию родителей ребенка _____.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения. Учитывая физиологические и психологические возрастные особенности, а также неадекватность поведения ребенка врач может предложить альтернативный метод лечения - лечение под общим наркозом, либо отказать в проведении стоматологического приема. Также я понимаю о возможном снижении срока гарантии проведенного лечения у моего ребенка из-за особенностей растущего организма (нехватка кальция, витаминов). Я имел возможность задать все интересующие мне вопросы.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от определенного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Я ознакомился с данным Положением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Я _____
(степень родства) _____ (Ф.И.О. ребенка полностью)

Подпись: _____
(Фамилия И.О. (полностью))

Подпись врача: _____
(Фамилия И.О. (полностью))

Дата _____