

**ИНФОРМИРОВАННОЕ
на профессиональ**

г. Владивосток

Я, _____
родившийся «____» _____ год
_____, про

имеющий паспорт гражданина Российской Федерации
____, в соответствии с положениями Федерального закона
граждан в Российской Федерации», Правилами предоста
услуг, утвержденных постановлением Правительства
возмездного оказания стоматологических медицинских
добровольное согласие на проведение мне профессиона

1. Я получил в доступной для меня форме инфо

1) состоянии моего здоровья, в том числе сведения
заболевания, об установленном диагнозе и о прогно
медицинской помощи, лечения, связанных с ним
медицинского вмешательства, ожидаемых резу
используемых лекарственных препаратах и иных
их годности (гарантийных сроках), показаниях
препаратов и получению медицинских услуг;

2) месте нахождения, месте государственной
лицензии и сертификатов, перечне медицинских у
получения услуг, расчете стоимости оказанных
специалистов исполнителя;

3) другую информацию, предусмотренную Гражд
законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об осно
Законом Российской Федерации от 07 февраля 1992
предоставления медицинскими организациями
постановлением Правительства Российской Федера

2. Мне в доступной форме разъяснены врачом

1) суть, методы, средства, ход проведения, м
отрицательные последствия и осложнения, особен
данной манипуляции, а так же современные клин

2) свойства, характеристики используемых лека

3) наличие у меня относительных и (или) абсо
отсутствие противопоказаний;

4) использование обезболивающих способов и
профессиональной гигиены полости рта., их недо
последствия, риски и осложнения при их примен

5) рекомендации после профессиональной гигие
6) возможность возникновения после професси
болезненных ощущений, которые не могут счи
ухудшении моего здоровья, потому что являютс
адаптации организма;

7) суть, методы, средства, ход проведения, м
отрицательные последствия и осложнения, особен
методов лечения, которые являются альтернат
возможность не прибегать к ней;

