Додаток 1
до Публічного договору
про надання медичних послуг

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я _____ _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма Медичний центр ТОВ «ДЖОРНО ДЕНТАЛЕ» м. Київ, вул. Автозаводська, буд. 99/4 м. Київ, вул. Героїв Сталінграда, буд. 4, корп.б _____ Код за ЄДРПОУ | 4 | 2 | 0 | 0 | 8 | 9 | 0 | 8 |		**МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ** Форма первинної облікової документації **№ 003-6/о** **ЗАТВЕРДЖЕНО** Наказ МОЗ України 14.02.2012 року № 110 за погодженням з Держстатом

1. ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА НА ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я,_____, одержав(ла) у **Медичному центрі ТОВ «ДЖОРНО ДЕНТАЛЕ»** інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я ознайомлений(а) з планом обстеження і лікування, ознайомлений із змістом Публічного договору про надання медичних послуг, відповідними додатками до нього та приєднуюсь до Публічного договору. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про характер, мету, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стану здоров'я дитини). Я поінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надали в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно змісту Публічного договору про надання медичних послуг з додатками, стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та одержав(ла) на них відповіді.

Інформацію надав лікар _____ «___»_____20___року_____
(П. І. Б. (за наявності)) (дата)
(підпис)

Я, _____, згодний(а) із запропонованим планом лікування
_____ «____»_____20___року
(підпис пацієнта (законного представника)) (дата)

Оборн Dentale

1.1. ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене інформацію про характер виявленого у мене (у моєї дитини) захворювання, яке потребує лікування шляхом здійснення оперативного втручання.

Я отримав(ла) інформацію про_____ у мене (у моєї дитини)
(наявність/відсутність)
супутніх захворювань_____,
які можуть впливати на перебіг операції та післяопераційного періоду. Я отримав(ла) пояснення про можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись за
_____ показаннями.
(відносними/абсолютними)

У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми дійшли висновку, що найбільш оптимальним методом хірургічного втручання може бути операція в обсязі: _____
_____
_____,
виконання якої планується під знеболенням (необхідне позначити знаком «√» або «+»):

- інфільтраційною регіонарною анестезією ☐
- внутрішньовенною анестезією ☐
- загальною анестезією з міорелаксацією т- штучною вентиляцією легень ☐
- регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією ☐
- комбінованою анестезією (загальною + регіональною). ☐

Я усвідомлюю, що операція та знеболення - це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та знеболення, на що я надаю згоду. У виняткових випадках кінцевий клінічний діагноз та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути визначені під час операції. Крім того, я розумію, що під час операції може виникнути потреба в переливанні крові, на що я _____ згоду.
(даю / не даю)

Інформацію надав лікар, який лікує або буде оперувати мене (мою дитину) _____ «___»_____20___ року_____
(П. І. Б. лікаря (підпис лікаря)
(за наявності))

Інформацію довів лікар-анестезіолог _____ «___»_____20___ року_____
(П. І. Б. лікаря (підпис лікаря)
(за наявності))

Підтверджую, що я мав(ла) можливість поставити всі питання стосовно операції і знеболення, які мені (моїй дитині) запропоновано, та можливі їх наслідки. У мене немає недовіри щодо інформації, яку я отримав(ла), та мені були надані можливість і час на обміркування.
згоду на операцію і доручаю виконати її
_____ лікарю _____,
(даю / не даю) (П. І. Б. лікаря (за наявності))
_____ а знеболення _____, що підтверджую
(П. І. Б. лікаря (за наявності))
своїм підписом.
_____ «____»_____ 20___ року
(підпис пацієнта (законного представника)) (дата)
Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законний представник) _____

Giorno Dentale

2. ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА ПРИСУТНІСТЬ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПРИ ПРОВЕДЕННІ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ, ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ І НА УЧАСТЬ НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У ПРОВЕДЕННІ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ, ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене інформацію про те, що діагностика, лікування, операція та знеболення мені (моїй дитині) можуть проводитися за присутністю здобувачів освіти у сфері охорони здоров'я, які проходять підготовку на клінічній кафедрі, що розміщена на базі закладу охорони здоров'я (далі — здобувачі освіти)

Також я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене інформацію про те, що діагностика, лікування, операція та знеболення мені (моїй дитині) можуть проводитися науково-педагогічними працівниками або за участі науково-педагогічних працівників, які працюють на клінічній кафедрі, що розміщена на базі закладу охорони здоров'я, і які відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України, отримали погодження керівника закладу охорони здоров'я на надання медичної допомоги (далі — працівники клінічної кафедри)

Інформацію надав завідувач
структурного підрозділу
закладу охорони здоров'я _____ «___»_____20__ року_____
(П. І. Б. лікаря (підпис лікаря)
(за наявності))

Підтверджую, що я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять стосовно присутності здобувачів освіти при проведенні мені (моїй дитині) діагностики, лікування, операції та знеболення. У мене немає недовіри щодо інформації, яку я отримав(ла), та мені були надані можливість і час на обміркування.

згоду на присутність здобувачів освіти при проведенні мені
_____(моїй дитині) діагностики, лікування, операції та знеболення, що
(даю / не даю)
підтверджую своїм підписом _____ «___» _____ 20___ року
(підпис пацієнта
(законного представника))

Підтверджую, що я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять стосовно участі працівників клінічної кафедри у проведенні мені (моїй дитині) діагностики, лікування, операції та знеболення. У мене немає недовіри щодо інформації, яку я отримав(ла), та мені були надані можливість і час на обміркування.

згоду на участь працівників клінічної кафедри_____
(П. І. Б. (за наявності))
у проведенні мені (моїй дитині) діагностики, лікування, операції
_____та знеболення, що
(даю / не даю)
підтверджую своїм підписом _____ «___» _____ 20___ року
(підпис пацієнта
(законного представника))

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законний представник) _____

Giorno Dental