Предварительное согласие на медицинское вмешательство

В соответствии со статьями 44, 45 Закона Республики Беларусь от 20 июня 2008 года «О здравоохранении», мне, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество пациента, либо законного представителя, либо супруга (ги), либо близкого родственника)

в доступной и понятной для меня форме лечащим врачом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество врача)

предоставлена полная информация о состоянии стоматологического здоровья и цели медицинского вмешательства у \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(меня, моего супруга (ги), моего близкого родственника (фамилия, имя, отчество))

включающая сведения:

о результатах стоматологического обследования, о наличии заболевания, диагнозе и прогнозе заболевания, необходимости медицинского стоматологического вмешательства, возможных вариантах стоматологического лечения и риске с ними связанном, о предполагаемом плане стоматологического лечения, о предполагаемых результатах лечения, о возможности осложнений и о необходимости соблюдения рекомендаций лечащего врача относительно правил и условий использования результатов лечения;

о имеющемся у меня праве отказаться от медицинского вмешательства.

Мне в доступной для меня форме даны разъяснения о возможных последствиях в случае отказа от медицинского вмешательства.

Даю предварительное согласие на медицинское вмешательство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись лечащего врача) (подпись пациента, либо законного представителя,

либо супруга (ги), либо близкого родственника)