**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 лечащего врача)

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

(меня, моего супруга (ги), либо 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 предлагаемом 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 добровольное согласие на медицинское вмешательство:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись лечащего врача) |  | (подпись пациента, либо законного представителя,  либо супруга (ги), либо близкого родственника) |