

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «Закон 323-ФЗ»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился(ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на осуществление фото- и видеосъемки, на применение цифрового внутриротового сканера, использование полученных результатов

г. Обнинск

« » _____ 202__ г.

Заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____,
(Фамилия, имя, отчество)
паспорт: _____ выдан: _____
(серия, номер) (когда, кем)
являюсь законным представителем пациента (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,
признанного недееспособным: _____,
(Фамилия, имя, отчество, год рождения)

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента, число, месяц, год рождения)

зарегистрированный по адресу: _____,

(адрес места жительства гражданина)

подписывая настоящий документ, подтверждаю, что предоставляю ООО СЦ «Детский Жемчуг», его сотрудникам свое письменное информированное добровольное согласие на осуществление фото- и видеосъемки моих зубов и полости рта, лица, головы, на применение внутриротового сканера, а также на использование результатов фото- и видеосъемки, внутриротового сканирования на условиях анонимности в печатных изданиях, в медицинских журналах (включая их электронные версии), учебниках, тематических форумах, в рекламных акциях, в сети интернет, в моей медицинской документации при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных.

Я понимаю, что фото- и видеосъемка, внутриротовое сканирование проводится с целью визуализации параметров челюстно-лицевой области (головы, шеи, полости рта), для диагностики, планирования лечения, оценки динамики и результата лечения, для коммуникации с зуботехнической лабораторией, для достижения эстетических результатов лечения. Я понимаю, что необходимость фото- и видеодокументирования определяется каждым специалистом индивидуально применительно к каждому конкретному случаю, к каждому конкретному пациенту.

Давая согласие на использование своих фотографий и видеоизображений, видеоматериалов, я понимаю, что не получу за них плату.

Я ознакомлен(а) и предупрежден(а), что могу отозвать свое согласие в любое время до опубликования материала, но после того, как информация будет передана на опубликование (поступит в печать), отозвать ее будет невозможно.

Я имел(-а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(-а) исчерпывающие ответы на них.

Я удостоверяю, что моё решение является осознанным и свободным волеизъявлением, что текст данного документа мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа и его содержание.

Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия.

При подписании данного информированного добровольного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления, в том числе работниками ООО СЦ «Детский Жемчуг».

Подписывая настоящий документ, я подтверждаю, что положения данного согласия были мне четко и доступно разъяснены.

Ф.И.О. пациента _____ Подпись _____

Положения настоящего документа разъяснил врач:

Ф.И.О. врача _____ Подпись _____