“**ЕМ ДЖИ ДИ Дентал Студио” АИПППДМ ЕООД**

 **гр.София бул. “Александър Пушкин” 39**

Д Е К Л А Р А Ц И Я

***за***

***информирано съгласие на пациента относно осъществяването на дентална диагностична***

***и лечебна дейност***

1. ***Част:***

Долуподписаният/та...................................................., ЕГН/ID...............................................................

Телефон/e-mail за връзка:........................................................................................................................

Настоящото информирано съгласие изразявам след проведена дискусия между лекуващият ми дентален лекар и мен като негов пациент/родител, настойник, попечител/лице по чл. 87, ал. 5, дирекцията по чл. 87, ал. 6, както и лицата по чл. 162, ал. 3 от Закон за здравето. Въз основа на своите законоустановени задължения, добрата медицинска практика и етично-моралните правила, лекуващия ми дентален лекар разговаря лично с мен, като ме информира на достъпен и разбираем за мен език в достатъчен обем и своевременно за установеното при прегледа ми здравословно състояние, денталния ми статус, характера на заболяването ми и необходимостта от лечение. Разясни ми целите и естеството на лечението, разумните алтернативи, очакваните резултати, прогнози, възможни рискове и ползи, свързани с предлаганите методи и подходи за диагностика и дентално лечение, както и за риска за здравето ми при отказ от лечение.

1. ***Част:***

В качеството ми на:

 а) Пациент

 б) родител/настойник/попечител на пациента:.....................................................................................

 в) други лица по чл. 87, ал. 5, чл. 87, ал. 6, чл. 162, ал. 3 от Закон за здравето:.....................................................................................................................................................

Съм информиран/а лично от своя лекуващ дентален лекар д-р ..........................................., при проведения ни разговор за всичко, касаещо моето здравословно състояние, диагноза и предлагано лечение, както и за обстоятелствата по т. I от Декларацията, на напълно разбираем за мен език, като имах възможност да задам въпроси и попитах всичко, което счетох за важно, за да взема своето информирано решение за денталното ми лечение. В тази връзка:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Давам информирано съгласие:******........................................................****(имена на декларатор)***.........................................................***(подпис, дата)* | ***Отказвам да бъда информиран*** ***(съгл. чл. 92, ал. 2 ЗЗ)******.........................................................****(имена на декларатор)***.........................................................***(подпис, дата)* | ***Отказвам лечение:******.........................................****(имена на декларатор)***.........................................***(подпис, дата)* |

1. ***Част:***

В качеството ми на пациент/родител, настойник, попечител/лице по чл. 87, ал. 5, дирекцията по чл. 87, ал. 6, както и лицата по чл. 162, ал. 3 от Закон за здравето, съм информирал своя лекуващ дентален лекар д-р.................................................. за всички мои придружаващи заболявания, алергии и други специфики (ако има такива), касаещи моето здраве и са ми известни към момента, като не съм затаил/а и/или изменил/а каквато и да е информация, която ми е известна и касае моето състояние и здраве.

*Подпис на декларатор: .................. Подпис на лекар по дентална медицина: ...................*