

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на выполнение диагностических исследований, лечебных мероприятий и стоматологических операций

_____ г

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 30, 31, 32, 33 основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1.

Я, _____
_____ года рождения

Зарегистрированный по адресу _____

Паспорт серия _____ номер _____

Выдан: _____

Аллергия _____

Находясь на лечении в стоматологической клинике «Дентас» по моему добровольному желанию согласен (-на), чтобы мне провели все необходимые диагностические исследования и мероприятия, связанные с лечением моего заболевания.

1. Я получил от врача клиники всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении. Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил преимущества и сложности предполагаемого метода лечения.
2. Я информирован о характере предстоящего вмешательства и возможном развитии неприятных ощущений и осложнений.
3. Я понимаю, что в ходе выполнения медицинских действий может возникнуть необходимость осуществления других медицинских вмешательств, исследований или операций. Я доверяю врачам принимать необходимые в этих случаях решения в соответствии с их профессиональными суждениями и выполнять любые медицинские действия, которые врачи сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.
4. Мой врач разъяснил мне, что невозможно точно предсказать способность дёсен и челюстных костей к заживлению и других биологических особенностей у каждого пациента. Я понимаю, что бывают случаи возникновения осложнений, по независящим от действий врача и методики лечения причинам.
5. Я проинформирован об альтернативных данному виду методах лечения и о преимуществах данного вида. Я также ознакомлен с планом предлагаемого мне лечения

- и действием данных лекарственных препаратов, с возможным изменением тактики лечения, в случае непереносимости мною тех или иных лекарственных препаратов.
6. Мне известно, что во время проводимого лечения могут быть выявлены заболевания или их особые формы, которые потребуют изменения объёма медицинского вмешательства, на что я даю своё добровольное согласие.
 7. Я согласен на обработку своих персональных данных, а также визиографическое обследование, необходимое для полноценного лечения.
 8. Мне было сообщено, что в ходе лечения будет применена анестезия, выбор которой производится лечащим врачом при моём согласии. Я понимаю, что всегда имеется риск применения анестезии, и такой риск мне был полностью объяснён.
 9. Я предупреждён о том, что во время операции и/или после неё могут возникнуть осложнения, связанные с хирургическим вмешательством.
 10. Мне объяснены возможные последствия отказа от предлагаемого лечения, включая осложнения.
 11. Я заявляю, что изложил врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья.
 12. Я принимаю, что должен являться на назначенный контрольный осмотр в назначенное врачом время, о котором меня предупредят заблаговременно (по телефону или смс), и обязуюсь выполнять все рекомендации, данные врачом, касающиеся лечения моего заболевания.
 13. Я подтверждаю, что врач объяснил мне, что общие условия гарантии не распространяются на работы с молочными зубами. При заболеваниях пародонта, средней и тяжёлой степени, при низком уровне резистентности твёрдых тканей зубов, на них распространяются специальные условия гарантии.
 14. Я подтверждаю, что прочитал и понял всё вышеизложенное, имел возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода.
 15. Я подтверждаю, что ознакомлен с дополнительной информацией, касающейся медицинской услуги и условий её предоставления, с суммой оплаты за предоставленную услугу, прейскурантом цен и с условиями предоставления гарантии.
 16. Моё решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства.

Подпись

Адрес

Контактный телефон
