

## **Информированное добровольное согласие на предложенный план стоматологического лечения**

Этот документ составлен в соответствии с Основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ и Федеральным законом « О защите прав потребителей» от 07.02.1992 г. № 2300-1

Я, \_\_\_\_\_, получил (а) в доступной для меня форме информацию о наличии у меня стоматологических заболеваний, включая сведения о результатах обследования, предварительном диагнозе, вероятном прогнозе развития осложнений при отсутствии лечения, возможных методах лечения и профилактики, имеющихся у меня стоматологических заболеваний, связанных с ними риске, их последствиях и результатах проведенного лечения:

1. Мною согласован и одобрен предложенный мне индивидуальный план лечения, зафиксированный в моей медицинской карте стоматологического больного, даны полные разъяснения о характере, целях и примерной продолжительности лечения, возможных неблагоприятных последствиях, в том числе осложнениях.

2. Я соглашаюсь с тем, что лечение мне будет выполнять врач: \_\_\_\_\_,

а в случае форс-мажорных обстоятельств мне будет предоставлен другой врач, после предварительного уведомления и получения моего согласия.

3. Мне сообщена предварительная стоимость лечения, которая может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня об изменении стоимости и обоснует это.

4. Мне сообщена и разъяснена информация о возможных альтернативных вариантах лечения имеющихся у меня стоматологических заболеваний и их стоимости.

5. Я предупрежден (а) о возможности коррекции намеченного плана лечения в зависимости от ситуации, складывающейся в процессе его реализации, о чем меня своевременно предупредит лечащий врач.

6. Я понимаю необходимость рентгенологической диагностики и контроля качества лечения в будущем и обязуюсь являться на контрольные осмотры по графику, обговоренному с доктором и записанному в моей медицинской карте стоматологического больного.

7. Я информирован (а):

- о возможных побочных действиях - используемых при моем лечении, лекарственных препаратов (анестетики, антибиотики, кортикостероидные препараты и др.); используемых стоматологических материалов и технологий;
- о необходимости соблюдать режим, все рекомендации и назначения лечащего врача, в ходе лечения и по его окончании;
- о необходимости немедленно сообщать врачу о любом изменении самочувствия; согласовывать с врачом прием любых не прописанных им лекарственных препаратов.

8. Я предупрежден (а) о том, что несоблюдение назначений и рекомендаций врача, режима приема назначенных лекарственных препаратов, неявка в назначенное лечащим врачом время на очередной этап лечения и последующие профилактические осмотры, бесконтрольное самолечение - могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

9. Я извещен (а) о негативных последствиях, которые могут возникнуть в случае моего полного или частичного отказа от лечения или при моем самостоятельном прерывании реализации согласованного со мной индивидуального плана стоматологического лечения.

10. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я Согласен (согласна) с тем, что никто не может предсказать стабильность достигнутых результатов в долгосрочной перспективе (в случае существенного изменения состояния моего здоровья и прочих обстоятельств). Я понимаю, что мне гарантировано, что все необходимые и согласованные со мной манипуляции будут выполнены в соответствии с существующими стандартами и требованиями. Я полагаю, что в моих интересах приступить к предложенному методу стоматологического лечения.

11. Я имел (а) возможность задать и мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы относительно состояния моего здоровья, заболевания и лечения. Понимаю, что для достижения необходимого результата требуется длительное высококвалифицированное лечение. Я получил (а) удовлетворяющие меня ответы и разъяснения.

12. До моего сведения доведено, что планируемое лечение не связано с устранением непосредственной угрозы для жизни. С другой стороны, мне понятно, что длительное откладывание или отказ от лечения может привести к дальнейшему прогрессированию заболевания, повлиять на височно-нижнечелюстные суставы и ткани, окружающие зубы, что в итоге неблагоприятно повлияет на мое здоровье и ухудшит качество жизни. Поэтому, осознавая все вышеизложенное, я доверяю медперсоналу стоматологической клиники ООО « ЭДЕНТ » и обращаюсь с просьбой начать стоматологическое лечение.

13. Я согласен на проведение фото- и видеосъемки полости рта во время лечения и использование их без указания моего имени и фамилии.

Согласен (согласна) на проведение обследования и лечения в предложенном объеме.

Я внимательно ознакомился (ась) с данным документом, имеющим юридическую силу и дающим моему лечащему врачу право начать мое лечение.

Дата »\_\_»\_\_\_\_\_20 г.

Пациент: Ф.И.О. \_\_\_\_\_ с предложенным планом лечения согласен.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

Настоящее приложение является неотъемлемой частью Договора на оказание платных стоматологических услуг № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20 г.

