

# Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

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, \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_, 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 план лечения составляется и выполняется группой специалистов необходимых для этого (стоматолог ортопед, зубной техник, гигиенист, стоматолог-терапевт, парадонтолог, хирург-стоматолог и прочие специалисты других направлений). В случае необходимости оставляю право за исполнителем ООО "Зубдаю" добавлять, заменять специалистов требующихся для выполнения плана лечения, дополнительной диагностики состояния стоматологического здоровья и общего состояния пациента.
  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 «Зубдаю» и обращаюсь с просьбой начать стоматологическое лечение.
  13. Я согласен (согласна) 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 \_\_\_\_\_

Пациент: ФИО \_\_\_\_\_ с предложенным планом лечения согласен.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

Настоящее приложение является неотъемлемой частью Договора на оказание платных медицинских услуг.