



**Клиника
Эффективной Стоматологии**

**ООО "Клиника Эффективной стоматологии"
143030, Московская область, Одинцовский район,
село Успенское, дом 34, офисное помещение В1.**

Приложение №2

***Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
На осмотр и диагностику.***

Настоящее Положение разработано на основании Приказа министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012г. №1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства.»

Я, _____
(**Ф. И. О. полностью**)

соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач стоматолог

(**Ф. И. О. лечащего врача стоматолога**)

В исключительных случаях (болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив моё согласие.

Мне сообщена, разъяснена врачом - стоматологом, и понятна следующая информация 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 заболеваниях,
- связанных с ними риске, их последствиях и результатах проведенного лечения.

-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.

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

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.

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.

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.

Мне озвучены и со мной согласованы:

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

Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

Я внимательно ознакомился(ась) и понимаю назначение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

« ____ » _____ 20 ____ года

Подпись

Ф. И. О. полностью

Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациенту суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения предстоящего лечения, дал(а) ответы на все вопросы.

Подпись

Ф. И. О. врача