



**Клиника
Эффективной
Стоматологии**

**ООО "Клиника Эффективной стоматологии"
Р/с 407 028 103 098 100 205 82, ИНН 5032216650
143030, Московская область, Одинцовский район,
село Успенское, дом 34, офисное помещение В1.**

***Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.
Стоматологическое лечение.***

Настоящее Положение разработано в соответствии с Гражданским кодексом РФ, Законом РФ «О защите прав потребителей» (в редакции Федерального Закона РФ № 2 — ФЗ от 09.01.96 г., Федерального Закона РФ от 17.12.99 г. № 212-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Закон РФ «О защите прав потребителей»),

Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями (утв.

Постановлением Правительства РФ от 13.01.96 г. №27).

Я, _____

(Ф. И. О. полностью)

соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач- стоматолог

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

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

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 заболеваний, 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. 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.

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