**Информированное добровольное согласие**

**на проведение стоматологического лечения**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

(ФИО пациента)

Врачом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО врача)

проинформирован(а) о необходимости лечения следующих зубов:

диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ зуб \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ зуб \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В исключительных случаях (например: болезнь/отпуск врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о: стоимости лечения, допустимости уточнения диагноза в процессе лечения, индивидуальный рекомендованный план лечения, допустимость коррекции намеченного плана и технологии лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

Мне разъяснены возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Мне разъяснены возможные осложнения после проведенного лечения: \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Мне разъяснены и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;

- сроки проведения лечения;

- стоимость отдельных процедур и лечения в целом.

При этом мне разъяснено, что стоимость лечения может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть, в случае их возникновения врач предупредит меня об изменении стоимости услуг.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться такие обследования как: ортопантомограмма, прицельный компьютерный снимок, консультация стоматолога иного профиля, консультация врача общего медицинского профиля.

До меня доведена информация о проведении данного лечения специалистом соответствующей квалификации, с применением им качественных материалов и инструментов, с соблюдением соответствующих методик лечения и соблюдения правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) полные и понятные мне ответы на них.

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной медицинской процедуры в соответствии с ним.

Я подтверждаю, что после всех разъяснений относительно процедуры, понимаю все возможные последствия, и согласна на проведение вышеуказанной стоматологической процедуры.

 Дата «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. ◦

 Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка )

Я, врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_проинформировал(а) пациента о порядке проведения процедуры, о противопоказаниях, о возможных негативных последствиях и осложнениях, а также дала рекомендации для пациента, которые необходимо соблюдать после проведенной процедуры.

 Дата «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. ◦

 Специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка )