Стоматологическая клиника «Надежда»

662549, Красноярский край, г.Лесосибирск, ул. Горького д.26, пом.89

тел. 8(39145)4-17-75,89509887707

**Информированное согласие на медицинское вмешательство**

(основание ст.20 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан) ФЗ№ 323 от 21.11.2011г.

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

Информирован моим лечащим врачом о состоянии моего здоровья на момент моего обращения за медицинской помощью.Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил детальные объяснения в устной форме о необходимости стоматологического лечения (терапевтического, хирургического, ортопедического) – нужное почеркнуть.

Мне известно, что медицинская услуга относится к категории опасных и возможные осложнения в процессе лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния моего организма.

Мне объяснён в доступной и понятной форме основной план лечения, включая ожидаемые результаты, риск и пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, а также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения мне объяснены, обдуманы мною до принятия решения о виде лечения. Мне объяснены сопутствующие явления планируемого лечения, включая: боль, неудобство, припухлость, чувствительность к холоду и теплу. Мне объяснено и понятно, что существует вероятность того,что во время осуществления основного лечения выяснится необходимость в частичном и полном изменении данного лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно ив полной мере предвидеть заранее вплоть до удаления зубов не поддающихся лечению, а также направление к другим специалистам(хирургу,парадонтологу,ортодонту). Мне ясна вся важность передачи точной достоверной информации о состоянии моего здоровья,а также выполнении всех полученных от врача и персонала рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта и визитов в указанные сроки.

Я получил полную информацию о стоимости моего лечения(протезирования),согласен с тем,что в процессе моего лечения (протезирования) могут быть изменения в стоимости в большую или меньшую сторону,связанные сособенностью лечения,протезирования моих зубов. Настоящим я даю согласие на осуществление местной анестезии и это после того, что мне ясны и понятны риски и осложнения,связанные с местной анестезией,включая временные ограничения открытия рта.

Яобязуюсь,что втечении данного гарантийного срока,буду являться для профилактического осмотра и проверки гигиенического состояния полости рта не реже 1 раза в 6 месяцев.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Стоматологическая клиника «Надежда»

662549, Красноярский край, г.Лесосибирск, ул. Горького д.26, пом.89

тел. 8(39145)4-17-75,89509887707

**Информированное согласие на медицинское вмешательство**

(основание ст.20 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан) ФЗ№ 323 от 21.11.2011г.

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

Информирован моим лечащим врачом о состоянии моего здоровья на момент моего обращения за медицинской помощью. Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил детальные объяснения в устной форме о необходимости стоматологического лечения (терапевтического, хирургического, ортопедического) – нужное почеркнуть.

Мне известно, что медицинская услуга относится к категории опасных и возможные осложнения в процессе лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния моего организма.

Мне объяснён в доступной и понятной форме основной план лечения, включая ожидаемые результаты, риск и пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, а также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения мне объяснены, обдуманы мною до принятия решения о виде лечения. Мне объяснены сопутствующие явления планируемого лечения, включая: боль, неудобство, припухлость, чувствительность к холоду и теплу. Мне объяснено и понятно, что существует вероятность того, что во время осуществления основного лечения выяснится необходимость в частичном и полном изменении данного лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее вплоть до удаления зубов не поддающихся лечению, а также направление к другим специалистам(хирургу, парадонтологу, ортодонту). Мне ясна вся важность передачи точной достоверной информации о состоянии моего здоровья, а также выполнении всех полученных от врача и персонала рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта и визитов в указанные сроки.

Я получил полную информацию о стоимости моего лечения(протезирования), согласен с тем, что в процессе моего лечения (протезирования) могут быть изменения в стоимости в большую или меньшую сторону, связанные с особенностью лечения, протезирования моих зубов. Настоящим я даю согласие на осуществление местной анестезии и это после того, что мне ясны и понятны риски и осложнения, связанные с местной анестезией, включая временные ограничения открытия рта.

Я обязуюсь, что в течении данного гарантийного срока, буду являться для профилактического осмотра и проверки гигиенического состояния полости рта не реже 1 раза в 6 месяцев.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_