Приложение к Договору \_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач-стоматолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие пациента на стоматологическое лечение**

Настоящим я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подтверждаю, что получил детальные объяснения в устной форме о необходимости стоматологического лечения, план которого мне представлен и изложен в медицинской карте. Мне составлена полная письменная смета на стоматологическое лечение, которая мне разъяснена и понятна.

Мне объяснен в понятной форме план моего стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риски, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и в данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о выборе вида лечения.

Мне объяснены возможные сопутствующие явления планируемого лечения: длительность, боль, неудобство, припухлость лица, чувствительность к холоду и теплу, синяки на лице, под глазами, шее, долго не проходящее онемение губ, щек, подбородка.

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время реализации плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана стоматологического лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

Возможно, потребуется направление для консультации и лечения в другие медицинские учреждения, мне это понятно, и я с этим согласен(на). В связи с этим, точная продолжительность лечения, в том числе и этапов, зависящих от протезирования, может изменяться.

Я проинформирован(а), что в случае изменения плана лечения, возникает необходимость изменения сметы на лечение. Я согласен(на) полностью оплатить все дополнительные расходы на лечение и диагностику.

Мне ясна вся важность передачи точной достоверной информации о состоянии моего здоровья, а также выполнений всех полученных от врача и персонала рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, проведения консервативного лечения, в котором я буду нуждаться, визитов в указанные сроки, приема лекарственных препаратов, назначенных врачом, и эксплуатации ортопедической конструкции.

Я понимаю, что практическая стоматология не является точной наукой. Гарантировать 100%-ный положительный результат проведенного лечения (включая имплантацию зубов, протезирование зубов, лечение зубов и десен, исправление прикуса и т.д.) не представляется возможным. Речь может идти о прогнозах и вероятностях, которые разнятся от пациента к пациенту.

Я понимаю, что мое состояние может измениться вовремя или после стоматологического лечения. Даю свое согласие на изменения плана лечебных мероприятий и применение альтернативных методов лечения. Я разрешаю любые изменения плана лечения, применения материалов и дополнительного ухода, если они будут сделаны для моего блага. На основании полученной информации о состоянии моего здоровья я даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название медицинского вмешательства)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                  Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач-стоматолог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_