

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство  
(диагностика, профессиональная гигиена, анестезия, стоматологическое лечение)**

Приложение №1 к Договору на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

*Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст. 19-23 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.*

Я, \_\_\_\_\_,

добровольно обращаюсь в ООО «ЗУБ» для проведения консультации, диагностики, стоматологического обследования и лечения имеющихся у меня стоматологических заболеваний.

Я понимаю цели и задачи стоматологической консультации, обследования и лечения. Меня в доступной форме уведомили о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Я даю разрешение проводить осмотры, рентгенологические и инструментальные исследования, делать оттиски, фотографии, видеосъемку, инъекции лекарственных препаратов и проводить любые другие мероприятия, которые будут необходимы для обеспечения качества и безопасности лечения, постановки диагноза, обезболивания, проведения лечения, а также для фиксации результатов медицинского вмешательства. Я разрешаю/не разрешаю (подчеркнуть) использовать публично фотографии моих зубов и полости рта на условиях анонимности.

Я осведомлен о возможных осложнениях во время проведения анестезии (кровотечения, гематомы, повреждение нервов и сосудов, боль после анестезии, отеки, порезы лица, аллергические реакции) и при приеме назначаемых врачом лекарственных средств (в соответствии с инструкциями к назначаемым препаратам) обо всех рисках и осложнениях при проведении медицинских вмешательств. Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии в прошлом и в настоящее время, о наличии всех имеющихся у меня заболеваний, травм и ранее выполненных операций. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

Мне были объяснены все возможные риски, осложнения и исходы лечения, а также альтернативы (в том числе более дешевые) предложенному лечению. Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к диагностике и лечению моих стоматологических заболеваний. Я даю разрешение проводить все необходимые лечебные мероприятия и использовать любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения. Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я информирован в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма или внешних причин, а также в следствии нарушений условий Договора на оказание платных медицинских услуг и рекомендаций лечащего врача, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мною результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил. Я понимаю, что сотрудники ООО «ЗУБ» не несут ответственность за последствия аллергических реакций, медицинских осложнений и побочных действий лекарственных средств и иных препаратов, за качество ранее проведенного в других медицинских учреждениях лечения и возникновение последствий и осложнений лечения, связанных с возникновением, наличием и обострением уже имеющихся у Пациента острых и хронических заболеваний. Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них.

Дата:

Врач: \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/

Пациент \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/