

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Этот документ составлен в соответствии с Основами законодательства РФ «об охране здоровья граждан» и Федеральным законом «О защите прав потребителей»

Я, _____
получил(а) в доступной для меня форме информацию о состоянии моего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии у меня стоматологических заболеваний, их предварительном диагнозе и вероятном прогнозе их дальнейшего развития при отсутствии лечения, возможных методах лечения, имеющихся у меня стоматологических заболеваний, связанном с ними риске, их последствиях и результатах проведенного лечения:

1. Мной согласован и одобрен предложенный мне индивидуальный план лечения: _____

2. Мне сообщена и разъяснена информация о возможных альтернативных вариантах лечения имеющихся у меня стоматологических заболеваний и их стоимости.
3. Я предупрежден(а) о возможности коррекции намеченного плана лечения в зависимости от ситуации, складывающейся в процессе его реализации, о чем меня своевременно предупредит врач.
4. Я понимаю необходимость рентгенологических диагностики и контроля качества лечения в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с доктором и записанному в моей медицинской карте стоматологического больного).
5. Я информирован(а) о возможных побочных действиях прописанных мне лекарственных препаратов, используемых стоматологических материалов и технологий, о необходимости соблюдать режим, назначения и рекомендации лечащего врача в ходе лечения и по его окончании, немедленно сообщать врачу о любом изменении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных мне препаратов.

6. Я предупрежден(а) о том, что несоблюдение назначений и рекомендаций врача, режима приема назначенных лекарственных препаратов, неявка в назначенное время лечащим врачом время на этапы лечения и последующие профилактические осмотры, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

7. 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.

8. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный исход планируемого лечения. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения по поводу моего излечения, а гарантировано лишь то, что все необходимые и согласованные со мной лечебные манипуляции будут выполнены в соответствии с существующими стандартами или требованиями. Я понимаю, что в моих интересах приступить к предложенному методу стоматологического лечения.

Я имел(а) возможность и мной были заданы врачу все интересующие меня вопросы относительно состояния моего здоровья, заболевания и лечения. Я получил(а) удовлетворяющие меня ответы и разъяснения. Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, имеющим юридическую силу и дающим моему врачу право начать мое лечение.

Беседу провел **врач:** Ф.И.О. _____ подпись _____

Пациент **согласен** с предложенным планом лечения, в чем собственноручно расписался _____

Или расписался законный представитель: Ф.И.О. _____ подпись _____

Пациент **не согласен** с предложенным планом лечения, в чем расписался собственноручно _____

Или расписался законный представитель: Ф.И.О. _____ подпись _____,

что удостоверяют **присутствующие** при беседе: Ф.И.О. _____ подпись _____

Дата « ____ » _____ 2016г.