

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение консультации и стоматологического лечения пациентам до 15 лет

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», сообщена вся необходимая информация о предстоящих мне медицинских услугах и что я согласен (согласна) с навязанными мне условиями их предоставления.

Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала лечения.

Приложение № 3 к договору возможного оказания стоматологических услуг № _____

Я, _____

(ФИО законного представителя)

соглашаюсь с тем, что консультацию и/или лечение пациенту _____

(ФИО пациента, которого я представляю в силу закона, в родительском надзоре)

будет проводить врач-стоматолог _____ и другие врачи ООО «Да Винчи».

В исключительных случаях, например, болезнь врача, клиника оставляет за собой право заменить лечащего врача.

Мне в доступной форме сообщена полная информация о состоянии здоровья пациента, предстоящем лечении, необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною, планом стоматологического лечения. Мне разъяснены альтернативные методы лечения и последствия отказа от лечения.

Я информирован(а) о характере и методах предстоящего вмешательства и возможном развитии неприятных ощущений и осложнений, а именно:

Я понимаю, что в ходе выполнения согласованного со мной плана лечения может возникнуть необходимость осуществления других медицинских вмешательств, исследований или операций.

Я доверяю врачам принимать необходимые в этих случаях решения в соответствии с их профессиональными суждениями и выполнять любые медицинские действия, которые врачи сочтут необходимыми для улучшения состояния пациента.

Врач разъяснил мне, что невозможно точно предсказать способность десен и челюстных костей к заживлению у каждого пациента.

Я понимаю, что бывают случаи неудач, когда зуб приходится удалять в связи с развившимися осложнениями.

Я проинформирован(а) об альтернативных видах и методах лечения и о преимуществах предложенного лечения. Я также ознакомлен(а) с планом предлагаемого терапевтического лечения и действием применяемых лекарственных препаратов, с возможным изменением терапии в случае непереносимости пациентом тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния его здоровья, требующего изменения тактики лечения.

Мне известно, что во время терапевтического лечения могут быть выявлены заболевания или состояния, которые потребуют изменения объема медицинского вмешательства, на что я даю свое добровольное согласие.

Мне было сообщено, что в ходе лечения будет применена анестезия, выбор которой производится лечащим врачом при моем согласии. Я понимаю, что всегда имеется риск применения анестезии и такой риск мне был полностью объяснен. Я даю согласие на применение выбранного врачом вида и объема обезболивания.

Мне объяснены возможные последствия отказа от предлагаемого лечения, включая осложнения и отдаленные последствия.

Я понимаю, что гарантийные обязательства на все виды стоматологических услуг сохраняются только в случае соблюдения всех рекомендаций, данных врачами ООО «Да Винчи». Я проинформирован(а), что эндодонтическое лечение, объемное восстановление зуба после эндодонтического лечения (при отказе от постановки коронки), лечение осложнений кариеса (пульпита, периодонтита), а также проведение зубной имплантации проводятся без гарантии в виду особенностей этих видов стоматологической помощи.

Я согласен(а) на рентгенологические и другие обследования, необходимые для полноценного лечения.

Я подтверждаю, что сообщенная доктору информация об индивидуальных особенностях и состоянии здоровья пациента максимально полная и достоверная. Я осознаю свою ответственность за неполные или искаженные сведения. Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии здоровья пациента.

Вариант 1.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

(подпись законного представителя) Дата _____ г.
Врач _____ (_____) Дата _____ г.

Вариант 2.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я **отказываюсь** от медицинского вмешательства.

(подпись законного представителя) Дата _____ г.
Врач _____ (_____) , Дата _____ г.