**Добровольное информированное согласие на стоматологическое вмешательство и терапевтическое лечение**

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

подтверждаю, что мне подробно разъяснена необходимость лечения зубов. Меня проинформировали о предполагаемых результатах лечения, шансах, рисках и возможных альтернативных путях лечения в данном случае, проверках и процедурах, связанных с этим, разницей в стоимости. Альтернативные пути лечения были мною проанализированы перед выбором данного лечения. Меня проинформировали о побочных явлениях лечения, включая боль, дискомфорт, отек и чувствительность к холоду и теплу.

Я даю согласие на применение местного обезболивания и мне объяснили риски и осложнения, возникающие при этом, включая временное затруднение открывания рта.

Мне объяснили и я осознаю, что в процессе лечения может возникнуть необходимость изменения плана лечения, которую невозможно определенно или полностью предвидеть в момент стоматологического вмешательства, включая дополнительные процедуры и обращения к другим специалистам (лечение корня, лечение десен, хирургическое вмешательство, протезирование).

Мне ясна важность передачи точной информации о состоянии моего здоровья, а также выполнение всех указаний, которые я получу от лечащего врача, в том числе: тщательное соблюдение гигиены полости рта, прохождение всех сохраняющих и восстановительных процедур (при необходимости); а также обязуюсь являться на контрольные осмотры в назначенные мне сроки.

Я даю согласие на фотосъемку в случае необходимости, если фотографии будут предназначены только для внутреннего использования в клинике.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я подтверждаю согласие на проведение мне стоматологического вмешательства и терапевтического лечения.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Опекун \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись опекуна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В случае возникновения непредвиденной ситуации разрешаю доверять информацию о моем здоровье: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, телефон).

Я подтверждаю, что объяснил пациенту (опекуну пациента) все вышесказанное с необходимыми подробностями, и данное соглашение подписано им в моем присутствии.

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_