**Наша стоматологическая клиника строго руководствуется:**

* **Федеральным законом Российской федерации от 21.11.2011 №323-Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;**
* **Федеральным законом «О защите прав потребителей»;**
* **Современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира.**

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

Информированное добровольное согласие на консультацию врача-стоматолога

Я, \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, получил (а) в доступной для меня форме информацию о наличии у меня стоматологических заболеваний, включая сведения о результатах обследования, предварительном диагнозе, вероятном прогнозе развития осложнений при отсутствии лечения, возможных методах лечения и профилактики, имеющихся у меня стоматологических заболеваний, связанных с ними риске, их последствиях и результатах проведенного лечения:

1. Мною согласован и одобрен предложенный мне индивидуальный план лечения, зафиксированный в моей медицинской карте стоматологического больного, даны полные разъяснения о характере, целях и примерной продолжительности лечения , возможных неблагоприятных последствиях, в том числе осложнениях

2. Я соглашаюсь с тем, что лечение мне будет выполнять врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, а в случае форс-мажорных обстоятельств мне будет предоставлен другой врач, после предварительного уведомления и получения моего согласия.

3. Мне сообщена предварительная стоимость лечения, которая может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня об изменении стоимости и обоснует это.

4. Мне сообщена и разъяснена информация о возможных альтернативных вариантах лечения имеющихся у меня стоматологических заболеваний и их стоимости.

5. Я предупрежден (а) о возможности коррекции намеченного плана лечения в зависимости от ситуации, складывающейся в процессе его реализации, о чем меня своевременно предупредит лечащий врач.

6. Я понимаю необходимость рентгенологической диагностики и контроля качества лечения в будущем и обязуюсь являться на контрольные осмотры по графику, обговоренному с доктором и записанному в моей медицинской карте стоматологического больного.

7. Я информирован (а):

* о возможных побочных действиях - используемых при моем лечении, лекарственных препаратов (анестетики, антибиотики, кортикостероидные препараты и др.); используемых стоматологических материалов и технологий;
* о необходимости соблюдать режим, все рекомендации и назначения лечащего врача, в ходе лечения и по его окончании;
* о необходимости немедленно сообщать врачу о любом изменении самочувствия; согласовывать с врачом прием любых не прописанных им лекарственных препаратов.

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

9. 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.

10. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я Согласен (согласна) с тем, что никто не может предсказать стабильность достигнутых результатов в долгосрочной перспективе (в случае существенного изменения состояния моего здоровья и прочих обстоятельств). Я понимаю, что мне гарантировано, что все необходимые и согласованные со мной манипуляции будут выполнены в соответствии с существующими стандартами и требованиями. Я полагаю, что в моих интересах приступить к предложенному методу стоматологического лечения.

11. Я имел (а) возможность задать и мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы относительно состояния моего здоровья, заболевания и лечения. Понимаю, что для достижения необходимого результата требуется длительное высококвалифицированное лечение. Я получил (а) удовлетворяющие меня ответы и разъяснения.

12. До моего сведения доведено, что планируемое лечение не связано с устранением непосредственной угрозы для жизни. С другой стороны , мне понятно, что длительное откладывание или отказ от лечения может привести к дальнейшему прогрессированию заболевания ,повлиять на височно-нижнечелюстные суставы и ткани, окружающие зубы, что в итоге неблагоприятно повлияет на мое здоровье и ухудшит качество жизни.

13. Я согласен на проведение фото- и видеосъемки полости рта во время лечения и использование их без указания моего имени и фамилии.

Согласен (согласна) на проведение обследования и лечения в предложенном объеме.

Я внимательно ознакомился (ась) с данным документом, имеющим юридическую силу и и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Подпись пациента: / /

Подпись доктора: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_