

**Информированное добровольное согласие пациента
на получение стоматологических услуг**

{ТекущаяДата}

Я {Представитель.ФамилияИмяОтчество}, {Представитель.ДатаРождения} {Представитель.МобТелефон} {Представитель.СерияНомерПаспорта}
{Представитель.Выдан} {Представитель.ДатаВыдачи}, {Представитель.АдресРегистрации}
(Ф.И.О., год рождения, паспортные данные, адрес места жительства) заполняется собственноручно пациентом или его законным представителем
в соответствии со ст. 20, 21, 22 и 23 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ, даю информированное
добровольное согласие на получение платных медицинских услуг – стоматологическое лечение мной (представляемым лицом) в ООО "Галерея Улыбок" врачом
{ФамилияИмяОтчествоВрача}.

(Ф.И.О. врача)

произвести мне (представляемому лицу) **стоматологическое лечение.**

Все перенесенные, хронические и сопутствующие заболевания, в том числе известные мне аллергические реакции, я правдиво изложил(-а) врачу при оформлении
медицинской карты стоматологического больного, так как понимаю, что результат моего лечения (лечения представляемого лица) зависит, в том числе, и от исходного
состояния здоровья, а также анатомических особенностей организма.

**Я информирован(-а) о предполагаемом плане лечения, существующих утвержденных методиках лечения, используемых лекарственных препаратах;
мною заданы все вопросы, необходимые для полного понимания сути и способов лечения, и получены на них исчерпывающие ответы.**

Лечащим врачом мне разъяснены: характер, ход, объем, время планируемых стоматологических услуг. Мною были выполнены рекомендации по подготовке к
планируемым стоматологическим услугам. Я получил(а) подробные объяснения по плану лечения, по срокам лечения, предупрежден(а) о всех возможных осложнениях,
которые могут произойти во время и после стоматологического лечения, а также при проведении анестезии и при приеме лекарственных средств. Я обязуюсь
информировать врача о проблемах, возникших в процессе лечения или по его окончании для того, чтобы свести риски к минимуму, а также немедленно сообщать врачу
о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных препаратов (например, от головной боли, от гриппа и т.д.). Кроме того, мне
известно, что во время проведения стоматологического лечения возможно появление непредвиденных обстоятельств (индивидуальная непереносимость, развитие
состояния, предполагающего корректировку лечения, и другие причины), которые могут стать причиной внесения изменений в план обследования и лечения, и
предвидеть которые в момент оформления данного согласия невозможно. При возникновении таких обстоятельств, врач обязан довести до моего сведения новый план
обследования и лечения. Я понимаю необходимость проведения стоматологического лечения в оговоренные сроки. Я осознаю ответственность за сохранение своего
здоровья (здоровья представляемого лица), и обязуюсь соблюдать правила личной гигиены полости рта.

Я предупрежден(а) о поведении в период амбулаторного лечения, мною получены и поняты рекомендации врача о характере питания, физических нагрузках,
других ограничениях, явках на контрольные осмотры и исследования. Я понимаю, что невыполнение этих рекомендаций может привести к ухудшению моего здоровья
(здоровья представляемого лица), и снижению эффективности лечения. Из-за этого медицинский центр не сможет предоставить мне гарантии выздоровления, и я не
буду иметь в этом случае претензий к врачу и медицинскому центру. Мне разъяснено, что лечебные процедуры могут быть прерваны или отменены врачом из-за их
плохой переносимости или недостаточной исходной подготовленности организма к этим процедурам, а также при отсутствии положительного результата воздействия.
По тем же причинам врачом могут быть заменены лекарственные препараты. Я понимаю, что реакция каждого организма на медицинское вмешательство
непредсказуема и индивидуальна, вследствие чего возможно появление различных осложнений. Я обязуюсь соблюдать (обеспечить представляемым лицом соблюдение)
рекомендации и назначения врача. Мне известно, что при несоблюдении мною (представляемым лицом) предписаний врача, плана лечения или правил внутреннего
распорядка медицинского учреждения, - может неблагоприятно сказаться на здоровье, что может способствовать ухудшению общего состояния.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств при получении платных стоматологических услуг или
потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [ч. 9 ст. 20](#) Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья
граждан в Российской Федерации".

Я ознакомлен(-а), что обобщающей рекомендацией ВОЗ является применение горизонтальной позиции пациента. Не рекомендуется лечить в лежачем положении
беременных женщин, пожилых людей, пациентов, имеющих проблемы с позвоночником и заболеваниями дыхательных путей.

**Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(-а) вышеизложенную информацию, она мне понятна, все интересующие меня вопросы были заданы мной
моему лечащему врачу, на них были получены ответы, и я даю добровольное информированное согласие на проведение мне (представляемому лицу)
стоматологического лечения.**

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с [пунктом 5 части 5 статьи 19](#) Федерального закона от 21
ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии
лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

	_____	(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)
	_____	(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)
	_____	{Представитель.ФамилияИмяОтчество}
(подпись)	_____	(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)
	_____	{ФамилияИмяОтчествоВрача}
(подпись)	_____	(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

{ТекущаяДата}
(дата оформления)

Подпись пациента: {Представитель.ФамилияИмяОтчество} / _____

Подпись врача: {ФамилияИмяОтчествоВрача} / _____