

Приложение №2 к медицинской карте № _____

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского
стоматологического обследования, лечения и вмешательства**

г. Санкт-Петербург

« ___ » _____ 202_ г.

Я, _____ г.р.
(Фамилия Имя, Отчество пациентам - полностью)

В соответствии со статьей 20 Федерального Закона РФ №323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об Основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю согласие на проведение стоматологического вмешательства осуществляемого врачом Многопрофильной клиники Сантэ Групп+

Я, проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания и настоящим подтверждаю, что получил(а) детальные объяснения в устной форме о необходимости стоматологического лечения, план которого изложен в медицинской карте. Мне составлена полная письменная смета на лечение, которая мне разъяснена и понятна.

Мне объяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риск, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Мне объяснены возможные сопутствующие явления планируемого лечения: длительность, боль, неудобство, припухлость лица, чувствительность к холоду и теплу, синяки на лице, под глазами, шее, долго не проходящее онемение губ, щек, подбородка. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии или после ее проведения, в том числе анафилактический шок и его последствия.

Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В связи с этим, точная продолжительность лечения, в том числе и этапов зависящих от лечения (например, протезирования) может изменяться.

Я проинформирован(а), что в случае изменения плана лечения, возникает необходимость изменения сметы на лечение. Я согласен(а) полностью оплатить все дополнительные расходы на лечение и диагностику.

Мне ясна вся важность передачи точной достоверной информации о состоянии моего здоровья, а также выполнений всех полученных от врача рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, приема лекарственных препаратов, назначенных врачом.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Многопрофильная клиника Сантэ Групп+
(ООО «Сантэ Медикл Групп+»)

Я проинформирован(а) о важности прохождения профилактических осмотров с рентгенологическим контролем пролеченных зубов.

Я осведомлен (а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств.

Я даю разрешение моему лечащему врачу проводить и направлять любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические снимки), которые он сочтет необходимыми.

Я предупрежден (а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

Я предупрежден (а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Исключений, запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имею.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я также даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1., 3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания мне медицинских услуг.

Подпись пациента ✓ _____

Фамилия (полностью), И.О.
(или законного представителя пациента)

Подпись врача _____

Фамилия (полностью), И.О.