

ООО «Студия Улыбок» строго руководствуется:

- **Основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан»;**
- **Федеральным законом «О защите прав потребителей»;**
- **современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира.**

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

**Информированное добровольное согласие  
на проведение медицинского вмешательства  
Пародонтологическое лечение**

(лечение десен и мягких тканей, окружающих зубы)

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я \_\_\_\_\_ соглашаюсь с

тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_

В исключительных случаях (например, болезнь врача) фирма может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

2. **Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация о сути лечения:**

2.1. Диагноз: \_\_\_\_\_

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план пародонтологического лечения и подготовки к нему.

2.4. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

2.5. Возможные альтернативные варианты, а именно: \_\_\_\_\_

2.6. Возможные негативные последствия полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно (нужное добавить, ненужное вычеркнуть): прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба (зубов); системные проявления заболевания \_\_\_\_\_

2.7. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции.

2.8. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры.

2.9. Возможные осложнения в процессе лечения, а именно (ненужное зачеркнуть, нужное добавить): болевые ощущения; отек десны и мягких тканей; образование гематомы; появление или усиление подвижности зуба (зубов); увеличение атрофии альвеолярного отростка челюсти; обнажение корня зуба \_\_\_\_\_

3. **Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях**, а именно: сложность предсказания конкретного результата планируемого лечения или обозначения сроков гарантий по причине медицинской специфики пародонтологического лечения и индивидуальных особенностей организма каждого пациента.

4. **Мне названы и со мной согласованы:**

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;

- сроки проведения лечения;

5. **Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.**

6. **Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования** (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

- получение ортопантограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка;

- консультация стоматолога(ов) иного профиля: \_\_\_\_\_

- консультация у врача(ей) общего медицинского профиля: \_\_\_\_\_

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

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

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

Подпись пациента: \_\_\_\_\_  
(подпись пациента)

/ \_\_\_\_\_ /  
(ФИО полностью)

Подпись врача: \_\_\_\_\_  
(подпись врача)

/ \_\_\_\_\_ /  
(ФИО)