

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
Хирургическое лечение**

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 информация о сути лечения:

2.1. Диагноз: _____

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения.

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 отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения**, а именно (ненужное вычеркнуть): прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; нарушения общего состояния организма.

2.7. **Возможные (в некоторых случаях) осложнения на этапах и после лечения**, а именно (ненужное вычеркнуть, нужное дописать):

• под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции;

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

• в процессе лечения – дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей; кровотечение, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; повреждение соседних зубов и пломб; натяжение уголков рта, с последующим их растрескиванием; повреждение нерва, приводящее к онемению или подергиванию губы, онемению подбородка, десен, зубов, языка в оперированном участке (это может продлиться несколько месяцев или остаться постоянным); перелом челюсти; открытие гайморовой пазухи, что потребует проведения дополнительной операции; вывих или подвывих нижней челюсти;

• после лечения – инфекция, требующая дополнительного лечения; ограничение открывания рта в течение нескольких дней или недель; оставление небольшого кусочка корня зуба в челюсти, чтобы не проводить обширную операцию;

• _____

3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

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 медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента: _____ / _____
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Подпись врача: _____ / _____
(подпись врача) (ФИО)