

**Информационное согласие  
на проведение стоматологического лечения.**

Я, \_\_\_\_\_

уполномочиваю ООО «Диастом. Клиника доктора Древина» в лице доктора

---

провести осмотр и составить комплексный план (терапевтического, ортопедического, хирургического, ортодонтического) лечения заболеваний органов полости рта. Провести лечение, согласно предложенного плана лечения.

Настоящий документ содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым вариантом лечения и мог (ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Я ознакомлен (а) с наиболее рациональным планом лечения перед началом проведения медицинских манипуляций.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые, в моем случае, будут иметь большую вероятность возникновения осложнений или менее благоприятный прогноз.

Доктор понятно объяснил мне необходимость строго следовать его рекомендациям в процессе лечения, необходимость регулярных осмотров стоматолога после проведения лечения 1 раз в 6 месяцев.

Я осведомлен (а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал (а) доктора о состоянии моего здоровья в настоящее время, о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я согласен (на) с тем, что представление пациентов о способах и результатах лечения часто не совпадают с реальной действительностью, поэтому допускаю, что полученный результат лечения может не совпадать на сто процентов с ожидаемым мной результатом.

Я знаю, что имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения на любом этапе, с принятием на себя ответственности за такое решение.

Я знаю, что в случае отказа от медицинского вмешательства, мне разъяснят в доступной форме возможные последствия. Мой категорический отказ оформляется соответствующей записью в медицинской документации с указанием возможных последствий и подписывается в обязательном порядке мной, а также лечащим врачом.

Я понимаю, что после окончания лечения может понадобиться коррекция ранее выполненных реставраций или зубных протезов в плановом порядке.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) со всеми положениями данного Приложения, имел (имела) возможность задавать все интересующие меня вопросы, своей подписью удостоверяю согласие на проведение стоматологического лечения.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

---

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью амбулаторной карты.