***ООО «Стоматология топ Дент»***

**Г.Калуга, ул.Суворова, д.153, корпус 2**

**Информированное добровольное согласие на стоматологическое лечение**

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015г.

Настоящим я подтверждаю, что получил детальные объяснения в устной форме о необходимости стоматологического лечения, план которого изложен в [медицинской карте](http://www.dialdent.ru/cgi-bin/nstomatol/index.pl?page=s375). Мне составлена [полная письменная смета на лечение](http://www.dialdent.ru/cgi-bin/nstomatol/index.pl?page=s382), 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. 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. Возможно, потребуется направление для консультации и лечения в другие медицинские учреждения, мне это понятно и я с этим согласен. В связи с этим, точная продолжительность лечения, в том числе и этапов зависящих от лечения (например, протезирования) может изменяться.

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

Мне ясна вся важность [передачи точной достоверной информации о состоянии моего здоровья](http://www.dialdent.ru/cgi-bin/nstomatol/index.pl?page=s375), а также выполнений всех полученных от врача и персонала рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, проведения консервативного лечения, в котором я буду нуждаться, визитов в указанные сроки, приема лекарственных препаратов, назначенных врачом и пользования аппаратами.

Я понимаю, что практическая стоматология не является точной наукой. Гарантировать 100% положительный результат проведенного лечения ([включая имплантацию](http://www.dialdent.ru/cgi-bin/nstomatol/index.pl?page=s14), [лечение каналов](http://www.dialdent.ru/cgi-bin/nstomatol/index.pl?page=s477), [исправление прикуса](http://www.dialdent.ru/cgi-bin/nstomatol/index.pl?page=s525) и т.д.) не представляется возможным. Речь может идти о прогнозах и вероятностях, которые разняться от пациента к пациенту.

Я понимаю, что мое состояние может измениться во время или после стоматологического лечения. Даю свое согласие на изменения плана лечебных мероприятий и применение альтернативных методов лечения. Я разрешаю любые изменения дизайна, материалов и ухода, если они будут сделаны для моего блага.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Администратор клиники\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_