

**Информационное добровольное согласие  
на проведение медицинского стоматологического (ортопедического) лечения.**

Я (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_,  
в соответствии с требованиями 323 - ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан РФ» (ст.120), даю информированное согласие на проведение мне ортопедического лечения.

Я подтверждаю, что получил детальные объяснения в устной форме о поставленном мне диагнозе, особенностями течения данного заболевания, о необходимости проведения стоматологического лечения, план которого изложен в медицинской карте. Я ознакомлен с возможными альтернативными вариантами протезирования. Я понимаю, что отказ от ортопедического лечения может повлечь: перелом зуба при отказе покрыть его коронкой, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевательной функции, ухудшение эстетического вида зубов, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, а также заболевания желудочно-кишечного тракта, заболевания нервной системы. Я полагаю, что в моих интересах начать лечение и принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Я понимаю, что протезирование, является вмешательством в биологический организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Даже при идеальном (успешном) выполнении всех клинических и технологических этапов лечения, через некоторое время, в зависимости от индивидуальных особенностей организма, может возникнуть необходимость коррекции либо переделки протеза.

Доктор понятно, в доступной форме объяснил мне о планируемых методах диагностики и лечения, о необходимости своевременно являться на назначенный прием и тщательно соблюдать все рекомендации лечащего врача, в том числе по уходу за полостью рта. Я понимаю, что несоблюдение рекомендаций врача и режима лечения может повлиять на качество и сроки лечения, а также отрицательно сказаться на здоровье. Я обязуюсь своевременно являться на контрольные осмотры в назначенное доктором время.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях на разных этапах ортопедического лечения, таких как: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, аллергические реакции, пост. инъекционные боли, неврит (под влиянием анестезии); в процессе лечения: дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны, натяжение уголков рта, с последующим их растрескиванием; после лечения возможны: дискомфорт в течение нескольких дней или недель, нарушение дикции.

Меня ознакомили с ценами на это лечение, которые мне разъяснены и понятны.  
Примерная стоимость моего лечения составляет:

\_\_\_\_\_ руб.

Мне известно, что во время ортопедического лечения может выявиться необходимость в расширении, изменении или отказе от запланированного лечебного мероприятия. В случае такой необходимости я доверяю врачу изменить объем оказываемых услуг до необходимого с целью надлежащего оказания медицинских услуг или (и) предотвращения вреда состоянию моего здоровья.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы.

**Беседу провел врач:** \_\_\_\_\_

/ \_\_\_\_\_ /

Ф.И.О. врача

**Подпись пациента:** \_\_\_\_\_

/ \_\_\_\_\_ /

(или законного представителя)

Ф.И.О.(полностью)