**

**Приложение к договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.**

 **Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство (основание ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г., № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации)**

**Информированное добровольное согласие пациента**

**на медицинское вмешательство**

**(пародонтологическое лечение)**

**г. Москва «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.**

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество гражданина, законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне или лицу, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (фамилия, имя , отчество, лица, от имени которого, выступает законный представитель)

медицинское вмешательство –вариантами пародонтологического лечения являются:

* **Консервативные методы лечения** – местная противовоспалительная терапия, медикаментозная обработка пародонтального кармана, наложение лечебной десневой повязки, антисептическое орошение в области всех зубов, аппликация лекарственного препарата в пародонтальный карман, инъекция лекарственных препаратов, лазеротерапия, плазмолифтинг, избирательное пришлифовывание зубов, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 **(указать медицинскую манипуляцию)**

* **Хирургические методы лечения** - закрытый/открытый кюретаж, гингивэктомия, вестибулопластика, пластика уздечки языка, пластика уздечки верхней/нижней губы, лоскутная операция, лечение переимплантита, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

 **(указать медицинскую манипуляцию)**

* **Шинирование зубов** - объединение нескольких зубов в единую систему с целью закрепления зубного ряда. При помощи шин или иного специального оборудования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**.

 **(указать медицинскую манипуляцию)**

* «**Вектор»-терапия.** Аппарат «Вектор» работает по принципу ультразвуковых колебаний. Точно направленные ультразвуковые волны воздействуют непосредственно на отложения, при этом не травмируя десну и корень зуба. Для очищения зубодесневых карманов используется специальный состав, который служит своеобразным проводником ультразвуковых колебаний. В ходе обработки пораженной области используется полировочная суспензия, которой обрабатывается зубы с целью защиты от дальнейшего распространения инфекции.
* **пародонтологическая гигиена полости рта.**

настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован(а) о предстоящем пародонтологическом вмешательстве и согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

Добровольно даю свое согласие на проведение опроса, в том числе выявления жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, термометрию, тонометрию, введение лекарственных препаратов по назначению врача внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

Я ознакомлен (а):

* с предлагаемым планом;
* с ориентировочными сроками и стоимостью отдельных процедур (этапов) и лечения в целом(т.к. объем и характер работы можно будет определить только в процессе лечения, в случае повышения стоимости лечащий врач предупредит меня и обоснует это);
* с технологиями (методами) и материалами, которые будут использованы в процессе проведения процедур;
* с рисками;
* с исходами;
* с условиями гарантии и сроками службы на оказываемые услуги;
* с альтернативными вариантами лечения.

Я уведомлен(а), что с учетом имеющейся у меня клинической ситуации перед началом пародонтологического хирургического вмешательства показана профессиональная гигиена, целью которой является удаление мягких и твердых над/и поддесневых зубных отложений для создания благоприятных условий в полости рта для дальнейшего лечения.

Я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства, поставив свою подпись в конце документа.

Я соглашаюсь с тем, что пародонтологическое лечение будет проводить **врач** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

В исключительных случаях (например, болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

***Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.***

 ***(ФИО пациента, либо законного представителя) (подпись)***

Лечащий врач после проведенной диагностики обосновал необходимость проведения пародонтологического вмешательства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_ .

 **(указать медицинскую манипуляцию)**

 Мне в доступной форме, разъяснена и понятна информация о сути лечения.

Я понимаю суть вмешательства и характер наиболее вероятных осложнений связанных с ним.

Допустимо уточнение диагноза в процессе лечения.

Последствиями отказа от пародонтологического вмешательства либо невыполнения назначений врача-пародонтолога могут быть:

* возможное прогрессирование зубоальвеолярных деформаций и деструкции челюстной кости;
* развитие повышенной кровоточивости десен, появление их припухлости;
* неприятного запаха изо рта;
* оголение шеек зубов и появление подвижности и повышенной чувствительности зубов;
* появление зубодесневых карманов;
* дальнейшее снижение эффективности жевания;
* ухудшение эстетики;
* нарушение функций речи;
* развитие заболеваний височно-нижнечелюстного сустава;
* прогрессирование заболеваний пародонта;
* общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта;
* нейропатология;
* появление либо нарастание болевых ощущений;
* возникновение воспалительных, инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис), которые потребуют госпитализации в стационар;
* увеличение очага деструкции костной ткани и(или) значительную убыль костной ткани зубочелюстного сегмента, что впоследствии потребует проведения операции по восстановлению костной ткани перед протезированием или имплантацией; потеря зубов, обусловливающая увеличение нагрузки на оставшиеся зубы, что ускоряет процесс разрушения окружающих десен и костей и затрудняет последующий процесс протезирования зубов,

что в итоге может неблагоприятно повлиять на мое(моего представляемого) здоровье, ухудшить качество жизни.

Я осведомлен(а) о возможных альтернативных способах лечения, направленных на сохранение стоматологического здоровья, их преимуществах и недостатках. Альтернативным методом лечения десен при подвижности зубов является шинирование, осуществляемое с целью устранения патологической подвижности зубов и восстановления функции жевания.

Мне известно, что медицинская услуга относится к категории опасных и возможные осложнения в процессе и после пародонтологического хирургического вмешательства зависят не только от него, но и от состояния моего организма.

Они обусловлены анатомо-физиологическими особенностями моего организма.

Осложнениями пародонтологического вмешательства могут быть:

* при проведении процедуры пародонтального зондирования (измерения глубины) десневых карманов возможно возникновение болевых ощущений, перфорация десны, появление гематомы, абсцесса (при наличии наддесневых зубных отложений);
* возникновение индивидуальной аллергической реакции, непереносимости отдельных применяемых материалов и лекарственных препаратов;
* появление онемения в области языка, губ;
* появление чувства жжения, болезненности, дискомфорта, нарушение функций глотания, жевания и речи;
* болевые ощущения в течение послеоперационного периода;
* сохранение припухлости мягких тканей;
* повышенная чувствительность зубов;
* отторжение костного, слизистого трансплантата;
* большее оголение шеек и корней зубов;
* увеличение подвижности зубов с последующим их удалением;
* натяжение, трещины в уголках рта;
* повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации;
* ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов;
* усугубление патологии ВНЧС при ее наличии;
* экспозиция мембраны, которая предусматривает ее удаление;
* кровоточивость в послеоперационном периоде;
* возникновение кровоизлияния в мягкие ткани и т.п.;
* возникновение воспалительных, инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис), которые потребуют госпитализации в стационар.

Основные осложнения обусловлены в первую очередь анатомо-физиологическими особенностями моего (моего представляемого) организма, а так же неудовлетворительной гигиеной полости рта.

Я понимаю, что определить промежуток времени возникновения данных осложнений не представляется возможным в связи с тем, что биологические процессы, не подконтрольны в 100% случаев воле человека, и зависят от индивидуальных особенностей моего организма, клинической ситуации, стадии патологического процесса, сопутствующих заболеваний, возрастных изменений.

***Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.***

 ***(ФИО пациента, либо законного представителя) (подпись)***

Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру лечения, и дискомфорт послеоперационного состояния может быть в течении нескольких дней и более.

**Мне понятно, что стоматологическое пародонтологическое лечение требует строгого соблюдения этапов лечения и сроков между этапами с целью уменьшения вероятности возникновения нежелательных последствий и осложнений.**

Мне понятно, что с целью сохранения положительного эффекта проведенного стоматологического лечения рекомендуется:

* соблюдать гигиену полости рта, а также являться на профилактические осмотры в индивидуальные сроки, установленные врачом;
* соблюдать щадящую диету, измененить характера питания в соответствии с рекомендациями врача;
* соблюдение режима в ходе пародонтологического хирургического вмешательства;
* принимать назначенные лекарственные средства, согласовывать с врачом прием любых не прописанных препаратов (например, для лечения простуды, гриппа, головной боли и т.п.);
* немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия;
* не проводить работу, связанную с физическими нагрузками в течение срока, определённого врачом;
* не принимать алкоголя и наркотических средств.

Я предупреждён, что курение препятствует процессам заживления и может привести к отрицательному результату лечения и еще более усугубить первоначальную клиническую ситуацию.

Мне понятно , что в случае выявления причины травматизации десен, обусловленной нарушением техники протезирования или терапевтического лечения, может потребоваться повторное терапевтическое лечение со сменой пломбы или коронки врачом-стоматологом.

Я информирован(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

 Выбор анестезиологического пособия я доверяю своему лечащему врачу, информирующему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии.

Мне разъяснена необходимость применения местной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций.

Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести:

* к головной боли;
* к шуму в ушах, гиперакузии;
* к беспокойству (включая нервозность, возбужденность, тревожность),
* к перспирации;
* к спутанности сознания, эйфории, сонливости, зевоте;
* к расстройству речи (дизартрия, бессвязная речь, логорея);
* к головокружению (включая оцепенение, вертиго, нарушение равновесия);
* к снижению внимания;
* к нарушению сознания (вплоть до потери его);
* к нарушению дыхания (от брадипноэ до остановки дыхания);
* к тремору, подергиванию мышц, судорогам;
* к тошноте, рвоте, диарее;
* к преходящим нарушениям зрения (вплоть до слепоты), нистагму, миозу, , мидриазу, диплопии;
* к остановке сердца, нарушению сердечной проводимости (AV-блокада), аритмии (желудочковая экстрасистолия и мерцание желудочков), угнетению миокарда, тахикардии, брадикардии, сосудистому коллапсу, артериальной гипотензии/гипертензии, расширению сосудов;
* к отеку или воспалению в месте инъекции;
* к появлению ишемических зон в месте введения (вплоть до развития тканевого некроза - при случайном внутрисосудистом введении);
* к образованию внутреннего кровотечения и гематомы;
* к травматизации нервных окончаний, проявляющейся потерей чувствительности, невралгиями;
* к онемению губ и языка, парестезии полости рта;
* к повреждению нерва (вплоть до развития паралича);
* к дизестезии, включая жар или озноб;
* к дисгевзии (включая металлический привкус);
* к изъязвлению десен, гингивиту;
* к гиперсаливации,;
* к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты (гиперемия и зуд кожи, конъюнктивит, ринит, ангионевротический отек различной степени выраженности (включая отек верхней и/или нижней губы и/или щек, голосовой щели с затруднением акта глотания, крапивницу, эритему, затруднение дыхания), анафилактический шок);
* к метгемоглобинемия;
* к отеку в области головы и шеи;
* к ограничению открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

***Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.***

 ***(ФИО пациента, либо законного представителя) (подпись)***

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено:

* при выраженном стрессе;
* в области существующего воспаления;
* после употребления алкогольных или наркотических веществ.

При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаев медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Я информирован о том, что в этих случаях, при моем правомерном отказе от использования анестезии, у врача не имеется объективной возможности предоставить требуемую услугу в плановой ситуации. Т.к. в этом случае он не может, по независящим от него обстоятельствам, обеспечить безопасность услуги (ФЗ «О защите прав потребителей») и нарушает право пациента на гуманное отношения при оказании медицинской помощи (ч.5. ст. 19 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

Я информирован(а) о том, что для профилактики возникновения описанных непредвиденных обстоятельств будут приняты все необходимые меры предосторожности.

Я информирован(а), что клиника оснащена всем необходимым для оказания экстренной медицинской помощи.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях.

 Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков:

* изменения витаминного;
* иммунологического балансов;
* нарушение состава кишечной микрофлоры.

Я понимаю необходимость рентгенологического исследования челюстей и зубов до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на его проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования повышается вероятность наступления описанных осложнений, вероятность снижения эффективности лечения по не зависящим от врача причинам, повышается вероятность отказа врача от продолжения лечения (в плановой ситуации) вследствие возникновения объективной невозможности предоставить требуемую услугу.

Я информирован(а) о противопоказаниях к рентгенологическому обследованию: беременность на протяжении всего срока и период лактации; пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение курса лучевой терапии менее чем за шесть месяцев до настоящего времени; выполнение рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений.

Мне сообщено, что при проведении рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты.

Мне сообщено, что при получении рентгенограммы неудовлетворительного качества (в случаях: движения пациента во время процедуры, большой мышечной массы и плотности тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.) необходимо выполнение повторного рентгеновского снимка. Доза облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок.

Для практически здоровых лиц годовая эффективная доза при проведении профилактических медицинских рентгенологических процедур и научных исследований не должна превышать 1 мЗв (1000μЗв). 1 обследование КТ - 80μЗв, ОПТГ- 80μЗв, RVG(прицельный)- до 12μЗв.

Я извещен(а) о необходимости проведения дополнительных консультационных и диагностических процедур: получение ортопантомограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка; консультация стоматолога(ов) иного профиля, консультация врача(ей) общего медицинского или специального профиля.

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры по согласованному с врачом графику, изложенным в медицинской карте*.*

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

 Гарантийные сроки на пародонтологическое лечение не предоставляются.

В настоящей форме информированного согласия не могут быть перечислены все осложнения, которые могут возникнуть при проведении данной процедуры.

Следует учесть, что результат хирургического вмешательства в каждом конкретном случае зависит не только от его качества, но и от реакции организма и общего состояния зубов.

Мне сообщено, что проводить пародонтологическое хирургическое вмешательство будет специалист соответствующей квалификации с применением им качественных материалов и инструментов и соблюдением методик.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них подробные ответы.

Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

 Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных медицинских услуг.

Я информирован(а), что результат любого медицинского вмешательства в силу специфики медицинской услуги зависит от скоординированных с медицинскими работниками ответных действий с моей стороны, направленных на обеспечение безопасности, в данном случае предполагаемого хирургического вмешательства.

***Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.***

 ***(ФИО пациента, либо законного представителя) (подпись)***

Поэтому в моих интересах сообщить врачу правдивые сведения обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе:

* об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов;
* обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях;
* о перенесенных инфекционных заболеваниях (гепатит А, гепатит Б, гепатит С, венерические заболевания, ВИЧ-инфекция, герпес);
* об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности;
* о принимаемых лекарственных средствах;
* о наследственности;
* об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
* о наблюдении у психиатра/психотерапевта;
* о проведении косметологических (инъекционных и неинъекционных) процедур в области головы и шеи в период за 30 дней до/во время/в течении 30 дней после запланированных манипуляций.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета (в том числе о перенесенных заболеваниях и имевших место осложнениях, и аллергических реакциях) заполнена мною лично и содержащаяся в ней информация достоверна.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании в научных целях, использовать эти сведения в учебном процессе, для публикации в научной литературе.

Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

**Для женщин: Беременность \_\_\_ ДА \_\_\_\_НЕТ, на момент проведения манипуляции**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Разъяснил ли Вам врач-стоматолог сведения о наличии заболевания:*** |  |
| ***Указал ли он диагноз и прогноз заболевания:*** |  |
| ***Разъяснил ли он методы лечения и возможные риски:*** |  |
| ***Указал ли он возможные варианты медицинского вмешательства:*** |  |
| ***Разъяснил ли он варианты последствий и результатов лечения:*** |  |

**СОГЛАСИЕ:**

***Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.***

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

 (ФИО пациента, либо законного представителя) (подпись)

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

 (ФИО врача-стоматолога) (подпись)

***Сведения о выбранных мною лицах, которым может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) (Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)***

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

 (ФИО гражданина) (контактный телефон)

***Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациенту суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения предстоящего хирургического вмешательства, дал(а) ответы на все вопросы.***

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

 (ФИО врача-стоматолога) (подпись)

|  |
| --- |
| ОТКАЗ: *Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.*Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.  (ФИО пациента, либо законного представителя) (подпись)Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.  (ФИО врача-стоматолога) (подпись) |