**

**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**

**(стоматологическое ортопедическое 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 – **ортопедическое лечение**, 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 ортопедическом лечении 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 уведомлен(а), что с учетом имеющейся у меня клинической ситуации перед началом ортопедического лечения зубов 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 ортопедического лечения, поставив свою подпись в конце документа.

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

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

Лечащий врач после проведенной диагностики обосновал необходимость проведения ортопедического лечения, а именно: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

 **(указать способ лечения, область, номера зубов)**

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

Мой врач тщательно обследовал моё состояние полости рта.

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 возможными неблагоприятными эффектами диагностических процедур, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения;
* с рисками;
* с исходами;
* с условиями гарантии и сроками службы на оказываемые услуги;
* с альтернативными вариантами лечения, направленных на сохранение стоматологического здоровья, их преимуществах и недостатках.

Показаниями к протезированию зубов являются значительное разрушение коронки зуба вследствие кариеса или травмы, повреждение корневой части зуба, иные обширные дефекты зуба, не позволяющие провести его реставрацию, повышенная стираемость зубов, полная или частичная потеря зубов.

Допустимо уточнение диагноза в процессе лечения. В ряде случаев окончательный диагноз можно установить только в процессе лечения.

 Я полностью понимаю, что в процессе осуществления разработанного плана лечения и проведения ортопедического лечения, местные анатомо-физиологические условия могут быть отличными от предполагавшихся ранее, и по усмотрению врача может быть проведено дополнительное или альтернативное лечение.

 Я так же одобряю любые модификации в плане лечения, применяемых материалов или послеоперационном уходе, если они направлены для лучшего удовлетворения моих интересов.

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

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

Методами ортопедического лечения являются:

* восстановление зуба штифтово-культевой вкладкой с покрытием ее коронкой;
* восстановление зуба посредством микропротезирования (керамическая вкладка);
* восстановление зуба при помощи виниров;
* восстановление зубов посредством применения несъемного метода протезирования зубов (одиночные зубные коронки и мостовидные протезы);
* восстановления зубов посредством применения условно-съемного метода протезирования зубов (одиночные зубные коронки и мостовидные протезы на имплантатах);
* восстановление зубов посредством применения съемного метода протезирования зубов ( полные или частичные пластиночные или бюгельные протезы).

Последствиями отказа от ортопедического лечения могут быть:

* перелом зуба при отказе от изготовления коронки или вкладки после проведения эндодонтического лечения;
* быстрая утрата зубов остаточного прикуса;
* прогрессирование зубоальвеолярных деформаций;
* дальнейшее снижение эффективности жевания;
* ухудшение эстетики;
* нарушение функций речи;
* развитие заболеваний височно-нижнечелюстного сустава;
* развитие нейромышечных нарушений;
* прогрессирование заболеваний пародонта;
* прогрессирование заболеваний желудочно-кишечного тракта,

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

 Осложнения при ортопедическом лечении также могут быть обусловлены:

* наличием уже имеющегося хронического или острого патологического процесса челюстно-лицевой области;
* также могут включать в себя:
* временное ограниченное открывание рта;
* повреждение имеющихся зубов;
* переломы кости верхней и нижней челюсти;
* опущение и изменение формы десны, атрофия костной ткани челюсти, стираемость поверхности зубов;
* в отдельных случаях необходимость проведения коррекции протеза и/или необходимость изготовления нового протеза.
* при наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием проявления которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта.
* при наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других нейромиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломок протезов;
* в период проведения манипуляций в полости рта: обработки зубов, снятии оттисков, корректировке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи.

В ходе стоматологического лечения в объеме эстетической реставрации, а также после проведённого лечения возможны следующие осложнения, не являющиеся недостатками оказания медицинской услуги:

* ощущение дискомфорта после лечения,
* неприятные ощущения при жевании в области отреставрированного зуба, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней,
* отёчность лица или десны в области отреставрированного зуба, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше,
* тризм (ограниченное открывание рта), продолжающийся от нескольких дней и дольше,
* перфорация корневого канала, возникшая при распломбировании ранее пролеченного канала зуба или лечении патологически изменённого канала зуба, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к преждевременной утрате зуба (удалению),
* преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирующего заболевания пародонта;
* кроме того, возможно наступление иных осложнений, обусловленных индивидуальными особенностями организма пациента.

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

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

Я проинформирован(а) о том, что поскольку зубочелюстная система подвергается возрастным и иным изменениям, которые могут проявиться в обнажении зуба, атрофии костной ткани челюстей, стираемости твёрдых тканей зубов, возможно возникновение необходимости коррекции, реставрации, переделки протеза; при этом время возникновения такой необходимости является индивидуальным для каждого Пациента. Ношение протезов может привести к раздражению десны при соприкосновении с твердым материалом протеза с последующим ее воспалением, отколу и поломке протеза, появлению в нем трещин, оголению металлического края коронки, появлению подвижности опорных зубов, что потребует их удаления и переделывания протеза с фиксацией на соседних зубах, изменению дикции, развитию протезного стоматита, активации рвотного рефлекса, невозможности достичь хорошей фиксации протеза из-за анатомических особенностей челюстей, изменению цвета, возникновению участков повышенной окклюзии, обострению хронических процессов в опорных зубах и др. Кроме того, следует учитывать, что полные пластинчатые съемные протезы необходимо подтачивать.

Я проинформирован(а) о том, что при постановке временной конструкции возможна ее поломка и расцементировка.

 Меня предупредили, что в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза.

 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 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.

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»).

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

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

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 и иммунологического балансов;
* нарушение состава кишечной микрофлоры.

Я понимаю необходимость рентгенологических и дополнительных консультационных и диагностических исследований и процедур челюстей и зубов до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на его проведение (ортопантомограмма, КЛКТ, прицельный пленочный снимок, прицельный компьютерный снимок, кондилография, электромиография; консультация стоматолога(ов) иного профиля; консультации у врача(ей) общего медицинского или специального профиля, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

**(вписать необходимое)**

По результатам обследования может возникнуть необходимость использования шинотерапии, ­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**(вписать необходимое)**

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.

Клиника не несет ответственности за результат операции и снимает гарантии в случае:

* курения пациента;
* несоблюдения назначений и рекомендаций доктора;
* неявки на контрольные осмотры;
* несоблюдения гигиены полости рта и рекомендаций по проведению процедур профессиональной гигиены полости рта;
* не предоставления (полностью или частично) данных о состоянии здоровья (перенесенные и сопутствующие заболевания).

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

Мне сообщено, что проводить ортопедическое лечение 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 ортопедического лечения.

**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 ортопедического лечения, 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) |