ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

(родителей, законного представителя) на получение медицинской помощи в стоматологической клинике ООО «Тридцать два» Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Законом от «21» ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об  основах охране здоровья граждан Российской Федерации».

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО полностью), действуя в интересах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

подтверждаю следующее: Я в доступной и понятной мне форме информирован/а/ врачом о результатах предварительного осмотра, получил/а/ сведения о результатах диагностического исследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, обоснование необходимости лечения, методах лечения, связанных с вмешательством рисках. Мне сообщено о выявленной патологии: пародонтит \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Добровольно даю свое согласие на Vector — терапию**.**

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения, возможных негативных последствиях в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, и я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

Мне названы и со мной согласованы технологии, сроки проведения лечения и возможные осложнения.

Мне сообщена и понятна необходимость профилактических мероприятий и возможность дополнительных обследований для эффективного лечения.

Информация о гарантиях мною понята, я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового.

О последствиях и возможных осложнениях при выполнении анестезии и хирургического вмешательства, а также связанными с ними риском, информирован(а).

Я предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден (а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на проведение процедуры Vector -терапии мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Я принимаю решение осуществить проведение процедуры Vector -терапии на предложенных мне условиях.

Подпись пациента

(законного представителя) /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

                     (ФИО, подпись)

Лечащий врач /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

                   (ФИО, подпись)