

**Приложение к договору возмездного оказания**

**медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.**

***Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.***

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

*(основание ст. 20-23 Ф.З. Об основах охраны здоровья граждан в Р.Ф.)*

Я (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, информирован(-а) моим лечащим врачом о состоянии моего здоровья на момент обращения за медицинской помощью.

 Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил детальное объяснение в устной форме о необходимости стоматологического лечения.

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

Мне объяснен в доступной и понятной форме основной план лечения, включая ожидаемые результаты, риск и пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, а также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим.

Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Мне объяснены сопутствующие явления планируемого лечения, включая: боль, неудобство, припухлость, чувствительность к холоду и теплу. Мне объяснено и я понял(-а), что вероятность того, что во время осуществления моего лечении выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры которые невозможно достоверно и в полном размере предвидеть заранее, вплоть до удаления зубов не поддающихся консервативному лечению, а также направление к другим специалистам (хирургу, пародонтологу, ортодонту и т.д.), и мне это известно.

Мне ясна вся важность передачи точной достоверной информации о состоянии моего здоровья, а также выполнений всех полученных от врача и персонала рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, проведения консервативного лечения, в котором я буду нуждаться, приема лекарственных препаратов назначенных врачом и визитов в указанные сроки.

Я согласен(-а) на проведение рентгенографии при обследовании и лечении зубов, необходимой для полноценной диагностики и контроля проведенных лечебных манипуляций.

**Я получил(-а) полную информацию о стоимости моего лечения, согласен(-а) с тем, что в процессе моего лечения, могут быть изменения в стоимости в большую или меньшую сторону, связанные с особенностью лечения моих зубов.**

**Я также даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1.,3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания мне медицинских услуг.**

**Я даю свое согласие на использование фотографий и снимков моих зубов в ознакомительных целях и в качестве примера работ без указания моих персональных данных.**

**Исключений, запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имею.**

**Я удостоверяю, что текст данного информационного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение каждого пункта данного документа. Мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. Полученные разъяснения (ответы) понятны и удовлетворяют меня. У меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.**

**Настоящий документ является приложением к Договору возмездного оказания медицинских услуг**

**№\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г., неотъемлемой частью моей медицинской карты.**

 **Настоящим даю согласие на осуществление моего лечения.**

**Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.**

**Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О.**

**Я подтверждаю, что объяснил:**

**Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Ф.И.О. врача**