

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с Основами законодательства РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан» и Федеральным законом от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

Я, _____, обращаюсь в ООО «АрктикДент» Лицензия № ЛО41-01019-24/00142049, выдана Министерством здравоохранения Красноярского края, 12.04.2022г., для оказания мне стоматологической помощи. Этот документ подтверждает, что я ознакомился(лась) с возможными вариантами стоматологического лечения: **терапевтическое лечение** (лечение зубов с целью их сохранения), **хирургическое лечение** (комплекс мероприятий, направленных на сохранение зубов, а также удаление зубов), **ортопедическое лечение** (восстановление целостности зубного ряда ортопедическими конструкциями), **имплантация** (восстановление целостности зубного ряда искусственным корнем, имплантатом), **пародонтологическое лечение** (лечение тканей, окружающих зуб и слизистой оболочки полости рта), **ортодонтическое лечение** (исправление и предупреждение нарушения положения зубов и аномалий прикуса).

В доступной форме я получил(а) информацию о наличии у меня стоматологических заболеваний, включая сведения о результатах обследования, предварительном диагнозе, вероятном прогнозе развития осложнений при отсутствии лечения, связанных с ними риске, возможных методах лечения и профилактики.

Мне объяснен в понятной форме стоимость и план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риск, пути альтернативного лечения, возможные при существующей клинической картины, также необходимые исследования, врачебные манипуляции, связанные с этим.

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, может возникнуть необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные манипуляции, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В связи с этим, точная продолжительность лечения, в том числе и этапов, зависящих от лечения (например, протезирования) может изменяться.

Я проинформирован(а) и понимаю важность рентгенологической диагностики, контроля качества лечения и прохождения профилактических осмотров.

Я информирован(а):

- о возможных побочных действиях, используемых при моем лечении лекарственных препаратов (анестетики, антибиотики, кортикостероидные препараты и др.), используемых стоматологических материалов и технологий;
- необходимости соблюдать режим, все рекомендации и назначения лечащего врача в ходе лечения и по его окончании;
- необходимости немедленно сообщать врачу о любом изменении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных им лекарственных препаратов.

Я предупрежден(а) о том, что несоблюдение назначений и рекомендаций врача, режима приема назначенных лекарственных препаратов, неявка в назначенное лечащим врачом время на очередной этап лечения и последующие профилактические осмотры, бесконтрольное самолечение, полный или частичный отказ от лечения, могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать стабильность достигнутых результатов в долгосрочной перспективе (в случае существенного изменения состояния моего здоровья и прочих обстоятельств). Я понимаю, что мне гарантировано, что все необходимые и согласованные со мной манипуляции будут выполнены в соответствии с существующими стандартами и требованиями. Я полагаю, что в моих интересах приступить к предложенному методу стоматологического лечения.

Я согласен на проведение фото и видеосъемки полости рта во время лечения и использование их без указания моего имени и фамилии.

Я подтверждаю, что внимательно ознакомился(ась) с данным документом, имеющим юридическую силу, мне понятен смысл и назначение данного документа.

Я даю своё согласие на проведение обследования и лечения в предложенном объеме.

Генеральный директор: _____ (подпись) Пациент: _____ (подпись)

Дата _____