

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА  
ВЫПОЛНЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ,  
ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО  
ПОСОБИЯ И ОПЕРАЦИИ

Приложение к  
договору № {НомерКарты}  
от {ДатаПервогоПриемаЧислом} г

Санкт-Петербург

{ТекущаяДатаПолная} г

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ  
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, {ФамилияИмяОтчество}  
(Фамилия, Имя, Отчество полностью)

находясь на лечении в ООО «ДГ», по моему добровольному желанию прошу провести мне все необходимые диагностические исследования и мероприятия, лечебные манипуляции и процедуры, а при необходимости - анестезиологическое пособие и операции, связанные с лечением моего заболевания.

1. Я получил от моего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении. Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил преимущества и сложности предполагаемого метода лечения.
2. Я информирован о характере предстоящего вмешательства и возможном развитии неприятных ощущений и осложнений.
3. Я понимаю, что в ходе выполнения медицинских действий может возникнуть необходимость осуществления других медицинских вмешательств, исследований или операций. Я доверяю врачам принимать необходимые в этих случаях решения в соответствии с их профессиональными суждениями и выполнять любые медицинские действия, которые врачи сочтут необходимыми для улучшения моего состояния
4. Мой врач разъяснил мне, что невозможно точно предсказать способность десен и челюстных костей к заживлению у каждого пациента. Я понимаю, что бывают случаи неудач, когда зуб приходится удалять в связи с развившимися осложнениями.
5. Я проинформирован(-а) об альтернативных данному виду методах лечения и о преимуществах данного вида. Я также ознакомлен(-а) с планом предлагаемого мне терапевтического лечения и действием данных лекарственных препаратов, с возможным изменением терапии в случае непереносимости мною тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния моего здоровья, требующего изменения тактики лечения.
6. Мне известно, что во время терапевтического (или хирургического) лечения могут быть выявлены заболевания или их особые формы, которые потребуют изменения объема медицинского вмешательства, на что я даю свое добровольное согласие.
7. Я согласен на рентгенологическое и/или электроодонтометрическое обследование, необходимое для полноценного лечения.
8. Я согласен на ведение фотопотокола, необходимого для успешного лечения.
9. Мне было сообщено, что в ходе лечения будет применена анестезия, выбор которой производится лечащим врачом при моем согласии. Я понимаю, что всегда имеется риск применения анестезии, и такой риск мне был полностью объяснен.
10. Я предупрежден(-а) о том, что во время операции и/или после нее могут возникнуть осложнения, связанные с хирургическим вмешательством.
11. Мне объяснены возможные последствия отказа от предлагаемого лечения, включая осложнения.
12. Я заявляю, что изложил(-а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья.
13. Я подтверждаю, что прочитал(-а) и понял(-а) все вышеизложенное, имел(-а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(-а) удовлетворившие меня ответы, и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
14. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Фамилия (полностью) И.О.

Подпись лечащего врача \_\_\_\_\_

{ФамилияИмяОтчествоВрача}

\_\_\_\_\_  
Фамилия (полностью) И.О.