

Информированное добровольное согласие пациента на стоматологическое вмешательство

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с ФЗ № 323 ч.1 ст.20 от 21.11.2011г. «Об охране здоровья граждан Российской Федерации»

Я пациент(ка) _____

Лечащим врачом ГБУЗ ЛО «Кировская СП» _____

Проинформирован(а) о том, что мне необходимо провести:

- осмотр полости рта;
- диагностическое обследование;
- рентгенологическое обследование

С целью установления диагноза и составления плана лечения.

- Я подтверждаю достоверность представленной врачу информации о состоянии моего здоровья, наличии заболеваний и аллергических реакций.

- Мне предоставлена исчерпывающая информация о результатах обследования, диагнозе, предлагаемом лечении.

- Мне предоставлена информация о возможных болевых ощущениях от данного вмешательства и методики устранения боли.

- Мне объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативные варианты лечения.

- Мне понятен план, объем и продолжительность рекомендуемого лечения. Я имел возможность обсудить с врачом все вопросы, связанные с лечением.

- Мне предоставлена информация о возможных осложнениях предложенного лечения: появления боли, отека, развитие аллергических реакций.

- Я предупрежден о последствиях, которые могут возникнуть при отказе от предложенного лечения.

- Мне понятно, что я обязан являться на лечение в назначенное время и соблюдать предписания и рекомендации врача.

- Я согласен, что не во всех случаях можно предсказать точный результат планируемого лечения.

- Я доверяю квалификации врача и добровольно соглашаюсь на предложенное лечение, применение лекарственных средств и стоматологических материалов.

С правами и обязанностями знаком по общей информации. Лист на информированное добровольное согласие мной прочитан, подпись поставлена осознанно.

Подпись пациента / законного представителя _____

Подпись врача _____

дата « ____ » _____ 20 ____ г.