

## **Информированное добровольное согласие** **на стоматологическое лечение**

Настоящим я подтверждаю, что получил детальные объяснения в устной форме о необходимости стоматологического лечения, план которого изложен в медицинской карте. Мне составлена полная письменная смета на лечение, которая мне разъяснена и понятна.

Мне объяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риск, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Мне объяснены возможные сопутствующие явления планируемого лечения: длительность, боль, неудобство, припухлость лица, чувствительность к холоду и теплу, синяки на лице, под глазами, шее, долго не проходящее онемение губ, щек, подбородка.

Мне объяснено и я понял (а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Возможно, потребуется направление для консультации и лечения в другие медицинские учреждения, мне это понятно и я с этим согласен. В связи с этим, точная продолжительность лечения, в том числе и этапов зависящих от лечения (например, протезирования) может изменяться.

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

Я понимаю, что практическая стоматология не является точной наукой. Гарантировать 100% положительный результат проведенного лечения (включая имплантацию, лечение каналов, исправление прикуса и т.д.) не представляется возможным. Речь может идти о прогнозах и вероятностях, которые разнятся от пациента к пациенту.

Я понимаю, что мое состояние может измениться во время или после стоматологического лечения. Даю свое согласие на изменения плана лечебных мероприятий и применение альтернативных методов лечения. Я разрешаю любые изменения дизайна, материалов и ухода, если они будут сделаны для моего блага.

Пациент \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.