



Уважаемые пациенты!

Любое медицинское вмешательство обращено к достижению блага для здоровья. При этом необходимым является и частичное повреждение здоровья. Именно в информированном согласии выражается то, на что рассчитывает получатель медицинской услуги и чем он готов поступиться ради этого в отношении своего здоровья. В информированном согласии получатель и исполнитель медицинской услуги согласуют как предполагаемое благо для здоровья, так и возможные негативные последствия, оправданные необходимостью достижения такого блага

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА на медицинское вмешательство

Дополнительное согласие к терапевтическому лечению зубов на отказ от покрытия зуба ортопедической конструкцией

Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство**, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, **допустимо только после получения врачом** добровольного информированного **согласия пациента в письменной форме**.

Я, _____
(Ф.И.О. пациента)

проинформирован(а) о поставленном диагнозе и необходимости лечения согласно утвержденному предварительному плану лечения. Возможными вариантами лечения являются пломбирование зуба (реставрация) или более надежный вариант - ортопедическое восстановление зуба ортопедической конструкцией, имеющий лучший долгосрочный прогноз.

Врач информировал меня о том, что мне наиболее показано **ортопедическое лечение зуба**. Последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуба, при отказе от покрытия зуба коронкой или вкладкой после проведенного эндодонтического лечения.

Я понимаю, что добровольно отказываясь от ортопедического лечения, рекомендованного врачом и соглашаясь на прямую композитную реставрацию фотополимерным материалом, допускаю вероятность выпадения пломбы, раскола зуба и других осложнений, которые не связаны с надлежащим оказанием услуг по лечению зуба, полностью принимаю на себя ответственность, предварительно уведомлен и согласен с описанными рисками такого лечения. Я также понимаю, что в случае возникновения описанных рисков и осложнений устранение всех последствий будет проводиться за мой счет по прейскуранту исполнителя.

Понимая все вышеуказанное, я добровольно соглашаюсь на установление гарантийного срока и срока службы о вещественного результата услуги по лечению (реставрации) данного зуба, **равными 1 (один) день**.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, текст настоящего информированного согласия мне понятен, неясные для меня термины, фразы либо части текста отсутствуют либо объяснены мне врачом.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство с целью проведения лечения на предложенных условиях, в ООО «Филатовская клиника» врачом _____
(Ф.И.О. врача)

Я подтверждаю, что Исполнителем мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора способа дальнейшего медицинского вмешательства согласно поставленному мне диагнозу.

Я понимаю, что факт моего согласия на медицинское вмешательство влечет соответствующие юридические последствия. Подписывая настоящий документ, я подтверждаю надлежащее выполнение Исполнителем своей обязанности по информированию меня, как Заказчика о сущности оказываемой мне услуги.

Я подписываю настоящий документ, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой и доступной для понимания информацией для принятия решения.

Подпись врача:

Пациент (законный представитель):

ФИО _____

ФИО _____

« _____ » _____ 20 _____ г.

« _____ » _____ 20 _____ г.