ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

НА ПРОВЕДЕНИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

*Настоящее добровольное информированное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального Закона №323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».*

1.​ Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

соглашаюсь на проведение консультации врача-стоматолога, предварительный осмотр, диагностическое исследование при необходимости включающее фотографирование челюстей, ротовой полости, сегментов зубов с целью определения наличия заболевания, его диагнозе и прогнозе, получение от врача обоснования необходимости лечения, методах лечения, связанных с вмешательством рисках.

2.​ Я соглашаюсь на составление врачом предварительного плана лечения, основанного на существующих утверждённых методиках лечения, используемых лекарственных препаратах.

3.​ Я соглашаюсь, что до начала лечения мною будут заданы все вопросы, необходимые для полного понимания сути и способов лечения, и получены на них исчерпывающие ответы.

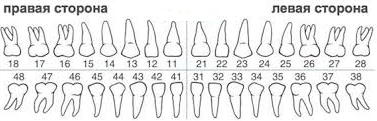
4.​ Я осведомлен(а) о необходимости сообщить врачу всю необходимую информацию о своем состоянии здоровья, а также имеющихся заболеваниях, поскольку их наличие может повлиять на методы и способы лечения.

5.​ Я осведомлен(а), что в процессе медицинского вмешательства может возникнуть необходимость изменения назначенного первоначально лечения из-за возникшей клинической необходимости, а также необходимость назначения дополнительных исследований и процедур, которые мне будет необходимо пройти в процессе лечения. Все указанные изменения и дополнения будут назначаться мне заблаговременно и разъясняться.

**С учетом вышеизложенного, даю свое добровольное информированное согласие на проведение консультации с использованием современных компьютерных и телекоммуникационных технологий.**

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к проведению консультации на предложенных условиях.



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Диагноз** | **План лечения** | **Стоимость** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |