

## ФОРМА ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ на проведение медицинского вмешательства

Я \_\_\_\_\_  
соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_

В исключительных случаях (невозможность врачом предоставить лечебные услуги) AVRORACLINIC (в дальнейшем «Исполнитель») может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом. При этом я имею право не согласиться и отказаться от предложенного мне врача, а также заменить его по предварительному согласию с «Исполнителем».

Я согласен (согласна) с допустимостью уточнения диагноза в процессе лечения, а также коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

Я информирован (а) о:

- возможных осложнениях местной анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции, временная потеря чувствительности;
- возможных последствиях приема анальгетиков и антибиотиков (случае их назначения), а именно: нарушение состава кишечной микрофлоры; аллергические реакции; изменение витаминного, иммунологического балансов.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана, индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования:

- получение панорамного снимка зубов, прицельного компьютерного снимка, компьютерной томографии;
- консультация стоматолога (ов) иного профиля;
- консультация у врача (ей) другого медицинского профиля.

Я даю согласие на рентгенологическое обследование и фотосъемку в процессе лечения и возможное использование фотоматериалов в научных целях.

Я осознаю, что преимущества предлагаемого лечения значительно превосходят возможные осложнения, поэтому я даю добровольное согласие на проведение лечения.

Я также имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом, является неотъемлемой частью истории болезни и влечёт для меня правовые последствия.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных мне условиях.

ФИО \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Если пациент не способен поставить подпись,  
или несовершеннолетний, подпись родителя или опекуна.

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

\_\_\_\_\_  
Отношение к пациенту (кем приходится) и/или данные доверенности