Информированное добровольное согласие

На медицинское вмешательство

Приложение к договору №_____

На оказание стоматологических услуг от

«___»_____20 г.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г.№323ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я,_____

В доступной форме получил(а)всю необходимую информацию и осознанно даю согласие на медицинское вмешательство_____

Я бал(а)проинформирован(а)о:

-материально-техническом оснащении медицинской организации;

-процессе медицинского вмешательства;

-последствиях отказа от медицинского вмешательства;

-предложенном методе анестезии;

-возможном риске и осложнениях. сопутствующих подобным манипуляциям как в процессе , так и после медицинского вмешательства, избранному методу анестезии, в том числе: ощущение дискомфорта после лечения, продолжается несколько дней; кратковременное до нескольких дней онемение языкат ,губ, подбородка. ограничении открывания рта, отеке десны, аллергических реакциях.

-ознакомлен(а) с альтернативными методами лечения, если таковые есть.

-необходимости приобретения медикаментов.

Я согласен(а)на рекомендуемое рентгеновское обследование. необходимое для полноценного лечения.

Я осознаю. что во время вмешательства ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий. направленных на достижение оптимального результата, и даю свое согласие.

Потребитель_____

ПЕРЕЧЕНЬ ОКАЗАННЫХ УСЛУГ

ВИД УСЛУГИ	ЕД.ИЗМ	К-ВО	СТОИМОСТЬ УСЛУГИ,РУБ	СУММА РУБ
ИТОГО				
ИТОГО(СУММА ПРОПИСЬЮ)				

М.П.