

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Приложение к договору № _____
на оказание стоматологических услуг от
«__» _____ 20__ г.

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

Я, _____,
в доступной форме получил(а) всю необходимую информацию и осознанно даю согласие на медицинское вмешательство

Я был(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 языка, губ, подбородка, ограничении открывания рта, отёке 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 своё согласие.

Потребитель _____
(подпись)

ПЕРЕЧЕНЬ ОКАЗАННЫХ УСЛУГ

Вид услуги	Ед.изм	К-во	Стоимость услуги, руб.	Сумма, руб.
Итого				
Итого (сумма прописью)				

