

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на выполнение диагностических исследований, анестезиологических,**

**лечебных мероприятий (лечение кариеса)**

**г. Мурманск «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023\_г.**

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 19,20,22 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество – полностью)

Находятся на лечении в ООО «МЕРИДИАНУМ» по моему добровольному желанию, я согласен(а), чтобы мне провели все необходимые диагностические исследования и мероприятия, связанные с лечение моего заболевания.

1. Я получил от моего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении. Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил преимущества и сложности предлагаемого метода лечения.
2. Я информирован(а) о характере предстоящего вмешательства и возможном развитии неприятных ощущений и осложнений.
3. Я понимаю, что в ходе выполнения медицинских действий может возникнуть необходимость осуществления других медицинских вмешательств, исследований и операций. Я доверяю врачам принимать необходимые в этих случаях решения в соответствии с их профессиональными суждениями и выполнять любые медицинские действия, которые врачи сочтут необходимыми для улучшения моего здоровья.
4. Мой врач разъяснил мне, что невозможно точно предсказать способность десен и челюстных костей к заживлению у каждого пациента. Я понимаю, что бывает случаи неудач, когда зуб приходится удалять в связи с развившимися осложнениями.
5. Я проинформирован(а) об альтернативных данному виду методах лечения и о преимуществах данного вида. Я также ознакомлен(а) с планом предлагаемого мне терапевтического лечения и действием данных лекарственных препаратов, с возможным изменение терапии в случае непереносимости мною тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния моего здоровья, требующего изменения тактики лечения.
6. Мне известно, что во время терапевтического лечения могут быть выявлены заболевания или их особые формы, которые потребуют изменения объема медицинского вмешательства, на что я даю свое добровольное согласие.
7. Я согласен на рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения.
8. Мне было сообщено, что входе лечения будет применена анестезия, выбор которой производится лечащим врачом при моем согласии. Я понимаю, что всегда имеется риск применения анестезии и такой риск мне был полностью объяснен.
9. Я предупрежден(а) о том, что во время лечения и/или после него могут возникнуть осложнения, которые могут привести к хирургическому вмешательству.
10. Мне объяснены возможные последствия отказа от предлагаемого лечения, включая осложнения.
11. Я заявляю, что изложил(а) врачу известные мне данные о состоянии моего здоровья.
12. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворительные меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
13. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

*Пациент:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*/*

*Беседу провел врач:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*

*Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «2023 г.»*