

## Информированное добровольное согласие пациента на стоматологическое вмешательство

Я, \_\_\_\_\_

фио

проинформирован(а) о том, что мне необходимо провести осмотр полости рта; диагностическое обследование с целью установления диагноза и составления плана лечения.

Я подтверждаю достоверность предоставленной врачу информации о состоянии моего здоровья. Мне предоставлена исчерпывающая информация о результатах обследования, диагнозе, предлагаемом лечении. Мне предоставлена информация о возможных болевых ощущениях от данного вмешательства и методики устранения боли. Мне понятен план, объем и продолжительность рекомендуемого лечения. Я имел(а) возможность обсудить с врачом все вопросы, связанные с лечением. Мне предоставлена информация о возможных осложнениях предложенного лечения: появление боли, отека, развитие аллергических реакций. Я предупрежден(а) о последствиях, которые могут возникнуть при отказе от предложенного лечения. Мне понятно, что я обязан(а) являться на лечение в назначенное время и соблюдать предписания и рекомендации врача. Я согласен(согласна), что не во всех случаях можно предсказать точный результат планируемого лечения. Я доверяю квалификации врача и добровольно соглашусь на предложенное лечение, применение лекарственных средств и стоматологических материалов, обработку моих персональных данных. С правами и обязанностями знаком(а) по общей информации. Лист на информированное добровольное согласие мной прочитан, подпись поставлена осознанно.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ ФИО полностью \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_ ФИО полностью \_\_\_\_\_

**Я отказываюсь от стоматологического вмешательства.**

Подпись пациента \_\_\_\_\_ ФИО Подпись врача \_\_\_\_\_ ФИО

## Информированное добровольное согласие пациента на стоматологическое вмешательство

Я, \_\_\_\_\_

фио

проинформирован(а) о том, что мне необходимо провести осмотр полости рта; диагностическое обследование с целью установления диагноза и составления плана лечения.

Я подтверждаю достоверность предоставленной врачу информации о состоянии моего здоровья. Мне предоставлена исчерпывающая информация о результатах обследования, диагнозе, предлагаемом лечении. Мне предоставлена информация о возможных болевых ощущениях от данного вмешательства и методики устранения боли. Мне понятен план, объем и продолжительность рекомендуемого лечения. Я имел(а) возможность обсудить с врачом все вопросы, связанные с лечением. Мне предоставлена информация о возможных осложнениях предложенного лечения: появление боли, отека, развитие аллергических реакций. Я предупрежден(а) о последствиях, которые могут возникнуть при отказе от предложенного лечения. Мне понятно, что я обязан(а) являться на лечение в назначенное время и соблюдать предписания и рекомендации врача. Я согласен(согласна), что не во всех случаях можно предсказать точный результат планируемого лечения. Я доверяю квалификации врача и добровольно соглашусь на предложенное лечение, применение лекарственных средств и стоматологических материалов, обработку моих персональных данных. С правами и обязанностями знаком(а) по общей информации. Лист на информированное добровольное согласие мной прочитан, подпись поставлена осознанно.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ ФИО полностью \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_ ФИО полностью \_\_\_\_\_

**Я отказываюсь от стоматологического вмешательства.**

Подпись пациента \_\_\_\_\_ ФИО Подпись врача \_\_\_\_\_ ФИО