

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА НЕОТЛОЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗУБА**

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Я \_\_\_\_\_,  
(Фамилия, Имя, Отчество пациента – полностью)

обращаюсь в стоматологическую клинику ООО «Семейная стоматология» для неотложного лечения зуба.

“\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г \_\_\_\_\_ час. \_\_\_\_\_ мин.

Врач внимательно меня осмотрел, разъяснил преимущества и сложности как этого, так и других методов лечения, а также возможные осложнения.

Я согласен(а) на неотложное лечение (трепанация зуба, неотложное лечение корневых каналов, постановка девитализирующей пасты), чтобы, возможно, сохранить зуб от удаления. После этого неотложного лечения для устранения инфекции потребуются дополнительное лечение корневых каналов.

Я понимаю, что если в течение ближайшего времени, указанного врачом, такое лечение не будет выполнено, то воспаление может возобновиться или продолжаться, и неотложное лечение корневых каналов для сохранения моего зуба будет неэффективным.

Я согласен(а) на рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения.

Мне было сообщено, что в ходе лечения может быть применена анестезия, выбор которой производится моим лечащим врачом при моем согласии. Я понимаю, что всегда имеется риск применения анестезии и такой риск был мне полностью объяснен.

Мне объяснены возможные последствия отказа от предлагаемого лечения, включая осложнения.

Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья.

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) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства.

Подпись пациента \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. (полностью)

Подпись врача \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. (полностью)