**ООО «ЛЕГЕ АРТИС КЛИНИК»**

**119270, г. Москва, Фрунзенская набережная д.52, помещение IX, тел. 8 (495) 609-12-12**

**Добровольное информированное согласие на проведение осмотра и диагностики врачом – стоматологом и регламент записи и пребывания на приеме в Клинике**

*\*В соответствии со статьёй 20 Федерального закона №323 от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья Граждан в РФ» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия Гражданина на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.*

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (пациент), **проинформирован, что во время осмотра и диагностики:**

1. Используется стоматологический инструментарий, в том числе рентген, что является источником ионизирующего излучения.
2. Определяется глубина поражения и подвижность конструкций, что может спровоцировать расшатывание ранее некачественно установленных пломб и конструкций (коронки и мосты), а также появление болей в области соответствующих зубов. С целью детализации диагноза может возникнуть необходимость удаления старых конструкций, что дополнительно согласовывается с пациентом в устной форме. Удаленные в результате диагностики конструкции (пломбы, коронки и мосты) обратной установке не подлежат, а образовавшиеся дефекты потребуют дополнительного лечения у врачей-стоматологов различной специализации, что оплачивается дополнительно по расценкам прейскуранта.
3. Используются местные обезболивающие препараты (анестетики). Возможны аллергические реакции при использовании анестетиков.
4. Перед началом лечения необходимо провести профессиональную гигиену полости рта в Клинике, в противном случае, зубной налет, кровяные и гнойные выделения из десневых карманов будут осложнять работу врача, что может сказаться на качестве лечения. В случае необходимости возможно повторная гигиеническая чистка. Освоение навыков самостоятельной гигиены полости рта является важным фактором, способствующим как качеству, так и долгосрочности лечения.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Пациент записывается на прием самостоятельно через регистратуру.
* Записывать пациента сразу на несколько визитов без согласования с главным врачом сотрудникам регистратуры запрещено.
* Пациент выбирает время приема из свободного штатного расписания врача. Крайнее время записи

 19-00. Продолжительность приема определяется врачом либо сотрудником регистратуры.

* Накануне приема регистратура просит пациента подтвердить свой визит. В случае отсутствия какой-либо связи с пациентом регистратура в праве отменить запись в одностороннем порядке.
* Необходимо приходить на прием вовремя, желательно за 10 минут до начала визита. При опоздании фронт работы будет минимизирован или отменен.
* Во время приема пациент находится в кабинете без сопровождающих лиц.
* При частых отменах записи (более 2-х раз) пациенту будет предложено альтернативное время, удобное Клинике. В случае отмены или опоздания на **операцию** пациенту будет выставлен счет за понесенные подготовительные расходы.
* На прием желательно явиться не голодным и выспавшимся, в легкой и свободной одежде, которую не жалко испачкать.

*Я осознал и полностью согласен со всеми вышеизложенными положениями данного документа. Мне были даны исчерпывающие объяснения на все интересующие вопросы.*

*Я даю* ***Добровольное информированное согласие*** *на проведение врачом-стоматологом Клиники ООО «Леге Артис Клиник» и его ассистентом первичного осмотра и диагностику полости моего рта.*

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_