**ООО «ЛЕГЕ АРТИС КЛИНИК»**

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

**Добровольное информированное согласие на проведение терапевтического приема**

*\*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)**, ранее прошел(ла) осмотр с консультацией врача-стоматолога в Клинике ООО « Леге Артис Клиник», во время которой врач выявил симптомы заболевания, опросил меня (собрал анамнез), поставил первичный диагноз, объяснил мне преимущества и недостатки всех возможных вариантов терапевтического лечения, разъяснил мне противопоказания к различным видам лечения, рассказал о возможных осложнениях и методах их устранения, также врач обозначил примерные сроки завершения лечения и его стоимость. Во время консультации были разъяснены и согласованы дополнительные положения моего лечения:

1. Размеры кариозного поражения (в том числе и под старой пломбой) невозможно точно определить до ее вскрытия. Соответственно, говорить точно об объемах и методах восстановления разрушенного зуба (пломба, вкладка, коронка) можно будет только после полного удаления разрушенных тканей. В редких случаях зубы, имеющие особо глубокие поражения, не могут быть восстановлены и подлежат удалению.
2. При восстановлении эстетических показателей врач руководствуется классическими параметрами формы зубов, но часто объективные клинические данные пациента (цвет, плотность и объем оставшейся зубной ткани реставрируемого зуба, цвет и форма рядом стоящих зубов, состояние прикуса и т.д.), накладывают ограничения на достижение ожидаемого эстетического результата.
3. Результат повторного пломбирования ранее неполноценно запломбированных каналов либо каналов зубов, имеющих под собой гнойные мешки (гранулемы, кисты и т. д.) не всегда успешен.
4. По ортопедическим показаниям, а также при глубоком кариесе могут быть удалены нервы из живых зубов с дальнейшей пломбировкой каналов.
5. Возможно появление временной болезненности (до 3 дней) после перепломбирования каналов.
6. В редких клинических случаях при перепломбировке каналов дополнительно к консервативному лечению возможно проведение хирургического вмешательства.
7. Перед приемом пациент обязан сообщить о состоянии самочувствия, о возможных заболеваниях. Планирование лечения и прием пациентов, имеющих кардиостимулятор, диабет, гипертонию, беременность, новообразования, эпилепсию, остеопороз, а также пациенты принимающие бисфосфонаты, антидепрессанты, лучевую терапию, имеет ограничения и некоторые отличия. По этой причине пациент обязан сообщить специалисту об этих возможно имеющихся патологиях. В том случае, если специалист не информирован об имеющихся у пациента заболеваниях, ответственность за возможные осложнения после проводимых манипуляций несет пациент.
8. Врач оставляет за собой право отказать пациенту в приеме, в том числе и в день визита, если считает, что это может ухудшить состояние пациента.

*У меня было достаточно времени, чтобы осознать всю полученную от доктора информацию, ознакомиться с прейскурантом, гарантийными обязательствами клиники и порядком оплаты планируемого лечения.*

*Я действительно прочел(ла) содержание данного документа и получил(ла) исчерпывающую информацию по всем интересующим меня вопросам. Я полностью согласен(на) со всеми положениями в нем и даю* ***Добровольное информированное согласие*** *на проведение моего лечения врачом-стоматологом Клиники ООО «Леге Артис Клиник» и его ассистентами, которые будут работать с ним.*

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