Наша стоматологическая фирма строго руководствуется:
•Основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан»;
•Федеральным законом «О защите прав потребителей»;
•современными нормами медицинской этики

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства

VECTOR — терапия

В соответствие с «Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан» статья 32.

Я _____
(фамилия, имя, отчество)
Добровольно даю свое согласие на **VECTOR — терапию.**

Диагноз: _____

Вид обезболивания: _____

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения, возможных негативных последствиях в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, и я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

Мне названы и со мной согласованы технологии, сроки проведения лечения и возможные осложнения.

Мне сообщена и понятна необходимость профилактических мероприятий и возможность дополнительных обследований для эффективного лечения.

Информация о гарантиях мною понята, я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового.

Я предупрежден врачом и понимаю, что курение и несоблюдение рекомендаций по гигиене полости рта значительно снижают успех лечения.

О последствиях и возможных осложнениях при выполнении анестезии и хирургического вмешательства, а также связанными с ними риском, информирован(а).

Подпись пациента _____ Дата _____

Расписался в моем присутствии:

Врач-стоматолог _____ (подпись)_____
(фамилия, имя, отчество)