

|                                                                                   |                                                                              |                       |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
|  | ГКП на ПХВ<br>"Ленгерская городская поликлиника"<br>УЗ Туркестанской области | Тип документа:<br>СОП |                     |
| Система менеджмента качества                                                      |                                                                              | Версия:<br>1          | Страница:<br>1 из 2 |

ГКП на ПХВ «Ленгерская городская поликлиника»  
УЗ Туркестанской области  
Назаров А.Б.  
\_\_\_\_ года



### Информированное добровольное согласие (ИДС) на стоматологическое лечение

Я, \_\_\_\_\_, получил(а) в доступной для меня форме информацию о наличии у меня стоматологических заболеваний, включая сведения о результатах обследования, предварительном диагнозе, вероятном прогнозе развития осложнений при отсутствии лечения, возможных методах лечения и профилактики, имеющихся у меня стоматологических заболеваниях, связанных с ними риске, их последствиях и результатах проведенного лечения.

1. Мною согласован и одобрен предложенный мне индивидуальный план лечения, зафиксированный в моей медицинской карте стоматологического больного, даны полные разъяснения о характере, целях и примерной продолжительности лечения, возможных неблагоприятных последствиях, в том числе осложнениях.

2. Я соглашаюсь с тем, что лечение мне будет выполнять врач

(Ф. И. О. медицинского работника)

а в случае форс-мажорных обстоятельств мне будет предоставлен другой врач после предварительного уведомления и получения моего согласия.

4. Мне сообщена и разъяснена информация о возможных альтернативных вариантах лечения имеющихся меня стоматологических заболеваний.

5. Я предупрежден(а) о возможности коррекции намеченного плана лечения в зависимости от ситуации, складывающейся в процессе его реализации, о чем меня своевременно предупредит лечащий врач.

6. Я понимаю необходимость рентгенологической диагностики и контроля качества лечения в будущем и обязуюсь являться на контрольные осмотры по графику, обговоренному с доктором и записанному в моей медицинской карте стоматологического больного.

7. Я информирован(а):

- о возможных побочных действиях используемых при моем лечении лекарственных препаратов (анестетики, антибиотики, кортикостероидные препараты и др.), используемых стоматологических материалов и технологий;
- необходимости соблюдать режим, все рекомендации и назначения лечащего врача в ход лечения и по его окончании;
- необходимости немедленно сообщать врачу о любом изменении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных им лекарственных препаратов.

8. Я предупрежден(а) о том, что несоблюдение назначений и рекомендаций врача, режима приема назначенных лекарственных препаратов, неявка в назначенное лечащим врачом время на очередной этап лечения и последующие профилактические осмотры, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

9. Я извещен(а) о негативных последствиях, которые могут возникнуть в случае моего полного или частичного отказа от лечения или при моем самостоятельном прерывании реализации согласованного со мной индивидуального плана стоматологического лечения.

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

|                                                                                   |                                                                               |                       |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
|  | ГКП на ПХВ<br>"Ленггерская городская поликлиника"<br>УЗ Туркестанской области | Тип документа:<br>СОП |                     |
| Система менеджмента качества                                                      |                                                                               | Версия:<br>1          | Страница:<br>2 из 2 |

10. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен (согласна) с тем, что никто не может предсказать стабильность достигнутых результатов в долгосрочной перспективе (в случае существенного изменения состояния моего здоровья и прочих обстоятельств). Я понимаю, что мне гарантировано, что все необходимые и согласованные со мной манипуляции будут выполнены в соответствии с существующими стандартами и требованиями. Я полагаю, что в моих интересах приступить к предложенному методу стоматологического лечения.

11. Я имел(а) возможность задать и мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы относительно состояния моего здоровья, заболевания и лечения. Понимаю, что для достижения необходимого результата требуется длительное высококвалифицированное лечение. Я получил(а) удовлетворяющие меня ответы и разъяснения.

12. До моего сведения доведено, что планируемое лечение не связано с устранением непосредственной угрозы для жизни. С другой стороны, мне понятно, что длительное откладывание или отказ от лечения может привести к дальнейшему прогрессированию заболевания, повлиять на височно-нижнечелюстные суставы и ткани, окружающие зубы, что в итоге неблагоприятно повлияет на мое здоровье и ухудшит качество жизни. Поэтому, осознавая все вышесказанное, я доверяю медперсоналу «ЛГП» и обращаюсь с просьбой начать стоматологическое лечение.

Согласен (согласна) на проведение обследования и лечения в предложенном объеме.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, имеющим юридическую силу и лечащему врачу право начать мое лечение.

«    »                      20    года

Пациент Ф.И.О. \_\_\_\_\_