**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

**на стоматологическое лечение несовершеннолетнего**

**ООО «ДентПрофи Кидс»** строго руководствуется:

• Основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан»;

• Федеральным законом «О защите прав потребителей»;

• современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира.

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

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О. одного из родителей), доверяю провести стоматологическое лечение моему ребенку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка).   
Специалистом стоматологической клиники мне разъяснено и мною понято следующее:

1.Я получил(а) от сотрудников клиники полную информацию о возможности и условиях предоставления медицинских услуг. Даю свое согласие на оказание медицинских услуг моему ребенку, в рамках оговоренного и подписанного мною плана лечения.

2.Мне составлена и разъяснена полная смета на стоматологическое лечение моего ребенка. Я согласен(на) оплатить заранее оговоренные медицинские услуги.

3.Мне понятен план лечения. Я ознакомлен(а) с его стоимостью. У меня была возможность задать все интересующие меня вопросы по технологиям лечения и по стоимости лечения. На свои вопросы я получил(а) исчерпывающие ответы.

4.Я осознаю, что любые медицинские процедуры и манипуляции имеют фактор риска. Обо всех рисках и негативных явлениях, а также о вероятности наступления осложнений меня проинформировали заранее.

5.Я ознакомлен(а) с положением об обязательном присутствии в стоматологической клинике родителей или лиц, их замещающих, при проведении любых медицинских процедур моему ребенку.

6.Мне объяснили, и я понял(а), что в некоторых ситуациях, может возникнуть необходимость подключить к лечению ребенка специалистов из других медицинских учреждений, а также направить пациента в другие медицинские учреждения для прохождения дальнейшего лечения. При возникновении подобных ситуаций стоматологическая клиника не может гарантировать оплату услуг специалистов и медицинских учреждений третьей стороны.

7.Я понимаю и даю свое согласие на изменение плана лечения в процессе прохождения лечения, если это будет сделано по медицинским показаниям и для блага моего ребенка. В таких ситуациях может потребоваться изменение стоимости медицинских услуг. Мне объяснили, и я понимаю, что при оказании любой медицинской помощи могут появляться обстоятельства, не спланированные заранее в процессе лечения.

8.Я доверяю врачу в выборе материалов. Я понимаю, что стоматологическое лечение — сложная биологическая процедура, результат которой не является однозначным. В процессе лечения каждого конкретного зуба может возникнуть необходимость эндодонтического лечения (удаления нерва и лечения корневых каналов) или удаления зуба, что усложняет ситуацию и увеличивает сроки и стоимость лечения.

9.Хотя эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой, и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Даже при успешном завершении эндодонтического лечения нельзя гарантировать, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем. Врач разъяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, а также последствия отказа от данного лечения.

10.Я понимаю необходимость рентгеновской диагностики и контроля качества лечения. В будущем обязуюсь приводить моего ребенка на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом и записанному в медицинской карте пациента).

11.Я понимаю, что в отдельных случаях может потребоваться ортодонтическое лечение (профилактика аномалий прикуса). Я проинформирован(а) о возможных осложнениях в полости рта, в области челюстей и височных суставов как в случае отказа от лечения, так и в случае его проведения. Я доверяю врачу в выборе ортодонтического аппарата. Я ознакомлен(а) с примерными сроками лечения, согласен(на) с их возможным увеличением в силу индивидуальной реакции организма на процесс лечения. Я понимаю, что, несмотря на качественно проводимое лечение, соответствующее современным знаниям стоматологической науки, не исключены некоторые побочные явления и осложнения.

12. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов, мой ребенок должен исполнять все назначения, рекомендации и советы специалистов.

**Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю согласие на обследование и лечение в предложенном объёме.**

Подпись одного из родителей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_\_\_г.