

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство  
Дополнительное согласие к терапевтическому лечению зубов**

1. Настоящее информированное согласие разработано во исполнение требований: статей 8, 9, 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»; пункта 14, 28 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (Утв. ПП РФ от 04.10.2012 года № 1006); ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

2. Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство**, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, **допустимо только после получения врачом** добровольного информированного **согласия пациента в письменной форме**

---

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество пациента)

проинформирован(а) о поставленном диагнозе \_\_\_\_\_

Врач указал на необходимость лечения \_\_\_\_\_.

(наименование манипуляций, заполняется лечащим врачом)

Возможные варианты лечения: пломбирование зуба или ортопедия. Врач информировал меня о том, что мне показано ортопедическое лечение путем изготовления коронки.

В случае выбора варианта пломбирования я понимаю, что мне придется очень бережно относиться к зубу из-за высокого риска его раскола, выпадения пломбы. Я соглашаюсь с вероятностью выпадения пломбы, раскола зуба, удаления зуба и других осложнений, которые не связаны с надлежащим оказанием услуг по лечению зуба и будут лечиться за отдельную стоимость, поэтому я обязуюсь не предъявлять претензий к Исполнителю в случае их возникновения.

Понимая все вышеуказанное, я добровольно соглашаюсь на установление гарантийного срока по лечению данного зуба, равному 1 (один) день.

Мною заданы все интересующие меня вопросы об условиях лечения и получены исчерпывающие ответы. Мне понятно значение всех медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство с целью проведения лечения на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись врача) (ФИО)

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.