

**Добровольное информированное согласие родителей на осмотр,  
стоматологическое лечение ребенка, рентгенологическое обследование и  
анестезию**

Пациент (ФИО): - - -, 0 г. рождения \_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_

Гарантийный срок \_\_\_\_\_

1. Я, отец (мать, иной законный представитель) пациента, даю добровольное информированное согласие на осмотр, стоматологическое лечение ребенка, рентгенологическое обследование и анестезию. Я осведомлен(а) и согласен (согласна) с планом предложенного лечения.
  2. Я ознакомлен(а) с прейскурантом цен на оказание услуг ООО «Мой стоматолог» (далее - Клиники).
  3. Мне известно, что в течение процесса лечения может возникнуть необходимость дополнительных методов исследований, результаты которых могут изменить ранее составленный план стоматологического лечения.
  4. Со мной согласованы:
    - технологии и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
    - сроки проведения лечения.
  5. Мне полностью понятен метод стоматологического лечения.
  6. Я понимаю, что для успеха стоматологического лечения необходимо строго и тщательно выполнять все назначения врача, соблюдать гигиену полости рта, регулярно являться на контрольные и профилактические осмотры во взаимно согласованное время.
  7. Я информирован(а) о способах и методах гигиены после стоматологического лечения, а также о возможных осложнениях при их несоблюдении.
  8. Я ознакомился (ознакомилась) с возможными осложнениями при лечении стоматологических заболеваний, информация о которых размещена на стенде «Информация» Клиники.
  9. Я подтверждаю свое согласие на своевременную явку на обязательные профилактические осмотры каждые 6 месяцев.
  10. Я информирован(а), что несоблюдение рекомендаций врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья моего ребенка.
  11. Я ознакомлен(а) с гарантийными сроками и сроками службы результатов терапевтической и ортопедической стоматологической помощи, которые отражены в «Положении об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологических услуг» и находятся на стенде «Информация» Клиники. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.
- Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных мне условиях.

" " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

Отец (мать, иной законный представитель) пациента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)

Врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)