

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на медицинское вмешательство
в ООО «ДИ-СТОМ»

Настоящим я, _____,
(ФИО пациента/законного представителя)

даю добровольное согласие на оказание стоматологических услуг в клинике **ООО «ДИ-СТОМ»** (ИНН **5050154887**, ОГРН **1225000041067**, адрес: 141191, РОССИЯ, МОСКОВСКАЯ ОБЛ., ФРЯЗИНО Г.О., ФРЯЗИНО Г., ГОРЬКОГО УЛ., Д. 8, ПОМЕЩ. 1008) в соответствии со статьей 20 Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

1. Цель и методы медицинского вмешательства

Мне разъяснены:

- **Цель процедур:** диагностика, лечение и профилактика заболеваний зубов, десен и полости рта.
- **Планируемые методы:**
 - Терапевтическая стоматология (лечение кариеса, пульпита, пломбирование).
 - Хирургические вмешательства (удаление зубов, имплантация, костная пластика).
 - Ортодонтическое лечение (установка брекетов, элайнеров, капш).
 - Рентгенологическая диагностика (прицельные снимки, КТ).
 - Применение анестезии: местной.

2. Возможные риски и осложнения

Я осведомлен(а) о возможных последствиях, включая:

- Аллергические реакции на анестетики, материалы или медикаменты.
- Временные побочные эффекты (боль, отек, кровоточивость, онемение).
- Индивидуальные особенности заживления тканей.
- Риск повреждения соседних зубов, нервов или мягких тканей (в сложных случаях).

3. Альтернативные методы лечения

Мне предоставлена информация о других вариантах лечения, их преимуществах, недостатках и стоимости.

4. Последствия отказа от вмешательства

Я понимаю, что отказ от рекомендованных процедур может привести к:

- Прогрессированию заболевания (кариес, воспаление, потеря зуба).
 - Развитию осложнений (абсцесс, флегмона, системные инфекции).
-

5. Согласие на обработку персональных данных

Я разрешаю клинике ООО «ДИ-СТОМ»:

- Использовать мои медицинские данные для диагностики, лечения и научных исследований (в обезличенной форме).
 - Хранить информацию в медицинской карте в соответствии с ФЗ №152 «О персональных данных».
-

6. Подтверждение информированности

- Я получил(а) ответы на все вопросы о процедурах, рисках и альтернативах.
 - Я вправе отказаться от вмешательства на любом этапе.
 - Мне разъяснена стоимость услуг и порядок оплаты.
-

Подпись пациента/законного представителя: _____

Дата: «__» _____ 202 г.

Врач: _____

(ФИО, должность, подпись)

ООО «ДИ-СТОМ»

Адрес: 141191, РОССИЯ, МОСКОВСКАЯ ОБЛ., ФРЯЗИНО Г.О., ФРЯЗИНО Г., ГОРЬКОГО УЛ., Д. 8, ПОМЕЩ. 1008

Телефон: +7 985 853 74 14

Сайт: www.di-stom.ru

E-mail: di_stom22@mail.ru

Документ размещен на сайте в соответствии с требованиями ст. 20 ФЗ №323-ФЗ и действует с «01» января 2025 г.