

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

«Артадент»

Юридический адрес: 108801, г. Москва, Поселение Сосенское, ул. Александры Монаховой, д. 109, корп. 3, 1 этаж, 2 подъезд, помещение 21

Фактический адрес: 108801, г. Москва, Поселение Сосенское, ул. Александры Монаховой, д. 109, корп. 3, помещение 3/1
Тел.: 8-495-991-28-92, 8-985-991-28-92 e-mail: art-a-dent@mail.ru ИНН/КПП 7751041557/775101001 ОГРН 1177746352629

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ОПЕРАЦИИ ПО УДАЛЕНИЮ ЗУБА**

Подписывая данный документ, я, _____ добровольно даю свое согласие на проведение мне операции по удалению _____ зуба и/или зубов в области _____. Я ознакомлен(а) и мне понятна информация о предложенном мне плане операции(лечения) по удалению зуба и/или зубов, воздействии на челюстно-лицевую область и весь организм в целом. Мне объяснено, что я могу дать свое согласие на ее проведение с последующим соблюдением всех рекомендаций врача или отказаться. Я предупрежден(а) и мне понятно, что последствиями моего отказа от комплекса лечебных и профилактических мероприятий, назначенных врачом, могут стать осложнения, ***вплоть до развития необратимых последствий для здоровья и жизни.***

Перед началом лечения я ознакомил(а) врача со всеми перенесенными и хроническими заболеваниями, аллергическими реакциями, оперативными и парентеральными вмешательствами, датой последних рентгенологических обследований, о чем свидетельствует моя подпись в истории болезни.

Я понимаю, что результат зависит и от моего общесоматического здоровья.

Я получил(а) и обязуюсь выполнять рекомендации врача, касающиеся особенностей гигиены полости рта, режима и рациона питания, медикаментозного лечения, выполнения назначенных процедур, кратности визитов к врачу.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы.

Я проинформирован(а), что проведение местной анестезии связано с риском развития осложнений (временное ограничение открывания рта, развитие аллергических реакций) и тем не менее я даю согласие на ее проведение.

Я внимательно ознакомился и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны. Добровольно даю свое согласие на проведение мне операции по удалению зуба и/или зубов.

Пациент:

(Ф.И.О.)

Дата

Расписался (расписалась) в моем присутствии

Врач _____ (подпись) _____