**Информированное добровольное согласие**

Я подтверждаю, что получил(а) детальные объяснения в устной форме о необходимости стоматологического лечения и предварительный план санации и протезирования полости рта. Мне составлена предварительная [смета на стоматологическое лечение](http://www.dial-dent.ru/clinic/documents_on_the_treatment.php#смета), которая мне разъяснена и понятна. Мне понятен план лечения, включая ожидаемые результаты, риск, пути альтернативного лечения,также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим.

Мне объяснены возможные сопутствующие явления планируемого лечения: длительность, боль, неудобство, припухлость лица, чувствительность к холоду и теплу, гематома на лице и под глазами, шее, долго не проходящее онемение губ, щек, подбородка, аллергия. Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, возможна необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры (лечение каналов зубов, удаление зуба, изготовление вкладки, коронки), которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Возможно, потребуется направление для консультации и лечения в другие медицинские учреждения, мне это понятно, и я с этим согласен(а). В связи с этим, точная продолжительность и этапы лечения и протезирования, могут измениться.

Я проинформирован(а), что в случае изменения плана лечения, возникает необходимость изменения сметы на лечение. Я согласен(на) полностью оплатить все дополнительные расходы своевременно, а также после лечения связанные с изменением плана лечения. Я согласен(на) оплатить дополнительные элементы (кламера, коронки, замки, матрицы, силиконовое основание)протеза или при необходимости их замены после окончания лечения.

Мне понятна вся важность передачи точной достоверной [информации о состоянии моего здоровья](http://www.dial-dent.ru/clinic/medicinskaya_karta_pacienta.php#анкета), а также выполнения всех полученных от врача рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, проведения консервативного лечения, в котором я буду нуждаться, визитов в указанные сроки, приема лекарственных препаратов, назначенных врачом, и пользования протезами.

Я понимаю, что практическая стоматология не является точной наукой. Гарантировать 100% положительный результат проведенного лечения (включая имплантацию, лечение каналов, исправление прикуса и т.д.) не представляется возможным. Речь может идти о прогнозах и вероятностях, которые разнятся от пациента к пациенту.

Я понимаю, что мое состояние может измениться во время или после стоматологического лечения.

Я даю свое согласие на изменения плана лечебных мероприятий и применение альтернативных методов лечения.

Я даю согласие на обработку персональных данных, получения писем или смс сообщений об акциях, скидках, режиме работы и т.д.

Я даю согласие на фото и видео съемку полости рта до лечения и после лечения, без идентификации личности.

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_