

**Информированное согласие
пациента
на обследование, терапевтическое
хирургическое, ортопедическое и ортодонтическое лечение**

Я,

_____ ,

уполномочиваю ООО «Смайл Концепт» (далее - Клиника), в лице врача, работающего в ООО «Смайл Концепт», осуществить мое обследование, необходимое для установления диагноза, в том числе методом рентгенографии, и лечение надлежащим образом.

Все перенесенные и сопутствующие заболевания я правдиво изложил в анкете, подписанной мною собственноручно, находящейся в моей медицинской карте, так как понимаю, что результат моего лечения зависит, в том числе, и от моего исходного состояния здоровья, а также анатомических особенностей моего организма.

Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога, мне надо сообщать об этом врачу.

Я понимаю и согласен, что клиника не может нести ответственность за качество ранее проведенного лечения в других медицинских учреждениях и возникновение медицинских осложнений, связанных с обострением уже имеющихся хронических воспалительных процессов при перелечивании таких зубов.

Я даю разрешение делать рентгеновские снимки, диагностические модели, фотографии и проводить другие диагностические мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза.

Я даю разрешение проводить необходимые лечебные мероприятия и использовать любого врача и ассистента, участие которого в моем лечении будет необходимо.

Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере и возможных последствиях медицинского вмешательства, разъяснены все возможные исходы и альтернативы предложенному медицинскому вмешательству.

Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них исчерпывающие ответы.

С прейскурантом цен на оказание услуг и условиями предоставления гарантийных обязательств ознакомлен.

_____ / _____ /
« _____ » _____ 20__ г.