

**Информированное согласие для детей до 15 лет  
на лечение, рентгенологическое обследование и анестезию к договору № \_\_\_\_\_**

г. Орёл

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я \_\_\_\_\_, являюсь законным представителем ребенка.

Ребёнок - \_\_\_\_\_ находится на лечении в ООО «Стоматолог». По добровольному согласию прошу провести все необходимые диагностические исследования и мероприятия, связанные с лечением заболеваний полости рта.

1. Мне разъяснены состояние здоровья и заболевания ребенка, а также характер, порядок и содержание всех необходимых диагностических и лечебных мероприятий, соответствующих установленному и объявленному диагнозу заболевания и стадии его развития.

2. С результатами обследования, подтверждающего поставленный ребенку диагноз, ознакомлен(а).

3. Я доверяю врачу \_\_\_\_\_ (в дальнейшем Врач) и его коллегам выполнять все необходимые исследования, вмешательства.

4. Я информирован(а) о характере предстоящих исследований/манипуляций, связанном с ними риском и возможном развитии неприятных ощущений, осложнений и последствий: болевых ощущениях; воспалительных явлениях; обострении сопутствующих заболеваний; аллергических реакций.

5. Я проинформирован(а) об альтернативных данному виду методах лечения и о преимуществах данного вида. Я также ознакомлен(а) с планом предлагаемого поэтапного медикаментозного лечения и действием данных лекарственных препаратов, с возможным изменением медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применением других лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами.

6. Я предупрежден(а) о последствиях отказа от предлагаемого метода исследования/манипуляции, включая возможные осложнения.

7. Мне разъяснено, что в ходе выполнения медицинских действий может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, исследований, операций, лечебных мероприятий, не указанных в п.3. Я доверяю Врачу и его коллегам принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые Врач сочтет необходимыми для установления или уточнения диагноза, улучшения состояния ребенка.

8. Я согласен(на) на проведение анестезии способом, который счел необходимым врач. Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии здоровья ребенка, о всех случаях аллергических реакций, наследственных, психических, венерических и других заболеваниях в семье.

9. Я понимаю необходимость рентгенологического обследования и контроля, для точной постановки диагноза и обеспечения высокого качества лечения.

10. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

**Родитель/попечитель пациента:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Мать, отец, опекун - нужное подчеркнуть

Фамилия И.О. полностью

**Подпись врача** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_