***Нельзя лечить нераспознанную болезнь, необходимо провести диагностику!***

***Информированное согласие пациента*
на обследование, хирургическое, ортопедическое, терапевтическое, профилактическое лечение.**

*В соответствии со ст. 32 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, необходимым предварительным условием любого медицинского вмешательства (в т.ч. стоматологического) является информированное добровольное согласие гражданина.*

 Я, ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***, уполномочиваю врача ООО «Импульс», Стоматологическая клиника «BIOforDENT"» (далее «Клиника»), осуществить мое обследование, необходимое для установления диагноза, в том числе методом рентгенографии, и лечение надлежащим образом.

 Я понимаю и согласен (согласна), 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.

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

 Я имею возможность задавать все интересующие меня вопросы и получать на них исчерпывающие ответы.

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

 Срок гарантии на лечение и протезирование 12 месяцев, при условии прохождения контрольных осмотров и проведения комплекса профессиональной гигиены полости рта в

ООО «Импульс» стоматологической клинике «BIOforDENT» не реже 2-х раз в год.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2017 года  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                                                                       Ф.И.О., подпись пациента