Информированное добровольное согласие

на медицинское вмешательство (ортопедическое лечение)

Я (ФИО), проживающий(ая) по адресу:

 обращаюсь в ООО «ЗубОк» для проведения ортопедического лечения (протезирования).

Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания.

Я информирован(а) о том, что оказываемая медицинская услуга представляет собой метод восстановления жевательной эффективности и профилактики патологических изменений полости рта и приобретенных дефектов зубного ряда зубными протезами, которые рассматриваются как лечебное средство, решающее лечебные и профилактические задачи.

Врач-стоматолог поставил мне следующий диагноз:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и указал на необходимость ортопедического лечения этих зубов.

Я информирован(а) о необходимом плане ортопедического лечения, предложенного мне врачом-стоматологом.

Я информирован(а) об иных возможных способах протезирования, а также обо всех их преимуществах и недостатках перед выбранным методом ортопедического лечения.

Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебном учреждении, и обязуюсь их соблюдать.

Я информирован(а) о том, что изготовленные зубные протезы не могут точно повторять анатомическую форму и положение в зубном ряду удаленных ранее зубов, так как произошедшие анатомические изменения в альвеолярном отростке и что, результат протезирования надо рассматривать как меру реализованной возможности.

Я добровольно даю согласие на проведение мне в соответствии с назначениями лечащего врача диагностических исследований и лечебных мероприятий. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения.

Я извещен(а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств.

Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении никотина, алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я информирован(а) о способах и методах гигиены после ортопедического лечения, а также о возможных осложнениях при их несоблюдении.

Я информирован(а) о том, что после ортопедического лечения я должен наблюдаться, проводить коррекцию и иные манипуляции только там, где я проходил ортопедическое лечение с целью сохранения гарантии.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и ортопедическое лечение в предложенном объеме.

Я информирован(а) о стоимости платных медицинских услуг по ортопедическому лечению зубов.

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись пациента)

Расписался в моем присутствии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Лечащий врач (подпись врача)