Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства (ортопедическое стоматологические лечение)

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст.20 ФЗ от 21 ноября 2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я пациент(ка),_____
даю информированное добровольное согласие на ортопедическое стоматологическое лечение в ООО «СТЕП ТУ ДЕНТ» .

Я согласен(на) с тем, что моё лечение проведёт врач-стоматолог _____
_____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив моё согласие.

Я проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

Мне объяснён в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риски, пути альтернативного лечения.

Я предупрежден(а) о возможности возникновения осложнений, в связи с проводимыми манипуляциями вследствие наличия у меня заболеваний полости рта, наличием сопутствующих заболеваний, а также в связи с индивидуальными особенностями организма: парестезия (онемение) после проведённой инъекции, повреждение опорных зубов и мягких тканей полости рта при снятии старых ортопедических конструкций, рвотный рефлекс при снятии оттисков, аллергическая реакция на материалы и анестетики.

Я обязуюсь поставить в известность лечащего врача о наличии в анамнезе соматических заболеваний и аллергических реакций.

Мне ясна вся важность передачи точной достоверной информации о состоянии моего здоровья, а также выполнении всех полученных от врача рекомендаций касающихся соблюдения гигиены полости рта и использования ортопедических конструкций.

Я понимаю, что возможно возникновение необходимости проводить коррекцию либо переделку протеза (по ситуации) по причинам, не зависящим от работы врача, обусловленными изменениями в полости рта, а именно: изменение положения и формы десны, атрофия костной ткани челюсти, стираемость поверхности зубов (время коррекции или переделки зависит от скорости изменений в полости рта конкретного человека), связанные с возрастными изменениями организма.

Я понимаю, что при ненадлежащем использовании протеза возможна его поломка, расцементировка, изменение цвета (для полимерных материалов).

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В связи с этим, точная продолжительность лечения может измениться.

Я понимаю, что невозможно предугадать все вероятные последствия и осложнения, которые могут возникнуть в процессе лечения и после него, а также, что преимущества предлагаемого лечения значительно превышают риски возможных осложнений.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы, на которые получил(а) исчерпывающие ответы. Вся информация была донесена до меня устно в полном объеме, в понятной и доступной для меня форме.

Мне объяснено, что я могу получить бесплатную стоматологическую помощь по ОМС (Обязательное Медицинское Страхование), обратившись в поликлинику по месту жительства.

Подпись пациента (законного представителя) _____ « »_____20___г.