

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ КАРИЕСА

Я, _____
(ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО ПАЦИЕНТА И/ИЛИ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

добровольно обращаюсь за медицинской помощью в ООО «ОРАЛ КЛИНИК»

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, до достижения возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____ паспорт _____

Выдан _____

прописан (а) _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица признанного недееспособным:

(ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО ПАЦИЕНТА И/ИЛИ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

Врачом _____ я проинформирован(а) о предстоящем проведении медицинского вмешательства по поводу кариеса и согласен (а) с условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

Доктор поставил мне диагноз _____

И указал на возможные варианты лечения данного зуба, в том числе либо лечение биологическим методом, когда происходит случайное вскрытие пульповой камеры, либо применение лечебных прокладочных материалов на основе фтора и кальция. Оба метода лечения являются сохраняющими жизнеспособность пульпы и являются вариантом без вмешательства в корневые каналы.

Доктор понятно объяснил мне, что зуб может давать болевую реакцию при накусывании в течение 7-10 дней после лечения, кратковременно реагировать на температурные раздражители. Также мне указали на возможность развития осложненной формы кариеса, в частности пульпита, в силу особенностей иммунитета организма в целом.

Также мне было сообщено, что зубы с невысокими клиническими коронками являются заведомо ориентированы на глубокий кариес или пульпит, так как имеют высокий рог пульпы, который может обнаруживаться уже в пределах эмалево-дентинной границы.

Я предупрежден(а), что при неисполнении рекомендации врача, не явки или несвоевременной явки на запланированный прием для продолжения лечения, или контрольного осмотра, несоблюдения рекомендованного плана лечения, этапов лечения и срок лечения, несообщения, или недостоверного сообщения сведений о состоянии своего здоровья при возникновении аллергических реакций (на лекарственные препараты или стоматологические материалы), о возможности возникновения которых Клиника не была предупреждена.

Последствиями отказа Пациента от медицинского вмешательства, диагностического обследования и (или) профилактических мероприятий, может проявляться развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, образование кисти, потеря зуба.

При возникновении осложнений во время лечения в отношении зубов, ранее подвергшихся лечению в другом лечебном учреждении, при устранении недостатков оказанной услуги в другой медицинской организации без согласования с Клиникой и (или) вмешательство в процесс лечения третьих лиц (сторонней медицинской клиники) освобождает лечащего врача и медицинскую организацию от ответственности за наступившее неблагоприятные последствия недостатков оказанных стоматологических услуг.

Решение о проведении лечения кариеса принимает пациент или его законный представитель. Пациент (законный представитель) может отказаться от проведения лечения. Мне понятен план, объем, и продолжительность рекомендуемого лечения, я проинформирован(а), что возможно изменение плана лечения, я согласен(а), что не во всех случаях можно предсказать точный результат планируемого лечения и возможно изменение плана лечения, в этом случае возникает необходимость изменения суммы на лечение.

Альтернативными методами лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планированного лечения. Я понимаю что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения. Мне были объяснены все возможные исходы лечения.

Я согласен(а) полностью оплатить все дополнительные расходы на лечение и диагностику.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у врача-стоматолога и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом-стоматологом и записанному в медицинской карте стоматологического больного). Врач объяснил мне, что гарантийный срок на оказанные мне стоматологические услуги составляет 1 год с момента начала лечения, согласно условий, изложенных в Договоре на оказание платных медицинских услуг. Мне гарантируется устранение всех недостатков по выполненным работам, если они не вызваны чрезмерными физическими нагрузками, травмами, или являются следствием нарушения мною прямых указаний и рекомендаций врача. Условия гарантии не распространяются на работы с молочными зубами, на конструкции с использованием имплантатов, при заболеваниях пародонта средней и тяжелой степени, при низком уровне резистентности зубов.

Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что последний является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на лечения мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я даю согласие на лечение кариеса _____ зуба(ов) на предложенных мне условиях.

Дата « ____ » _____ 20 ____ г. _____ Ф.И.О, подпись пациента
(законного представителя)

Дата « ____ » _____ 20 ____ г. _____ Ф.И.О, лечащий врач