ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ,
РЕНТГЕНОДИАНГНОСТИКУ, АНЕСТЕЗИЮ
ООО « СЕМЕЙНЫЙ СТОМАТОЛОГ» г.Орел ул. Сурена Шаумяна 3

${doc:date} г.

Я, ${cbase:display_name}, получил(а) от врача интересующую меня информацию о предполагаемом ортопедическом лечении. Мне был составлен план лечения, с которым я ознакомлен и согласен.

Мне понятна цель ортопедического лечения, которая имеет своей целью долговременное замещение дефектов зубного ряда, улучшение функции жевания и (или) эстетическую реабилитацию. Я ознакомлен с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования.

Я так же ознакомлен с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые, в моем случае, будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение зубов).

Я проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработки зубов, снятие оттисков, корректировке прикуса возможны осложнения в виде аллергической реакции, непереносимости отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт нарушение функции глотания, жевания и речи.

Для лечения и коррекции протезов мне необходимо обращаться к лечащему врачу.

Мне известен прейскурант принятый в клинике.

При наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта.

Я предупрежден, что при патологии височно-нижнечелюстных суставов после протезирования могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функции речи, жевания глотания, поломок протезов, а в отдельных случаях изготовление нового протеза.

Я предупрежден, что ортопедическая конструкция с течением времени потребует коррекции или замены некоторых элементов.

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры 1 раз в 6 месяцев.

Я согласен на применение местной анестезии. Я информирован(а) так же об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции.

Я даю согласие на проведение рентгенологического обследования во время лечения.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что он является юридически значимым документом и влечет существенные правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на проведение данного ортопедического лечения.

Я информирован(а), что могу получить медицинскую помощь бесплатно в рамках ПГГ и ТПГГ (п.3 ч.1 ст. 79 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ).

На основании Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, даю согласие на предоставление и обработку моих персональных данных и разрешаю сведения, полученные моим лечащим врачом в ходе моего обследования и лечения и составляющие врачебную тайну, сообщать другим сотрудникам клиники, врачам-экспертам страховых компаний, вносить в компьютерную базу данных в объеме, необходимом для всестороннего и качественного лечения.

Аудио и видеосъемка на территории клиники запрещена на основании Гражданского Кодекса РФ.

Я информирован(а) о рисках заражения вирусом при нарушении режима самоизоляции.

Врач_____ ${doc:party1_person_name}

Пациент, законный представитель_____${doc:party2_person_name}

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ,
РЕНТГЕНОДИАНГНОСТИКУ, АНЕСТЕЗИЮ

Пациент: ${cbase:display_name}

График проведенных приемов

Дата Приема	Зуб, Диагноз	Подпись Пациента

Образец документа «ООО СЕМЕЙНЫЙ СТОМАТОЛОГ»