

Информационное добровольное согласие
на медицинское вмешательство
(ортопедическое лечение)

Я, _____ (ФИО),
проживающий(ая) _____ по
адресу: _____,
Обращаюсь в ООО «ВАШ СТОМАТОЛОГ» 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 (информирована) 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-ортопед _____ поставил мне
диагноз: _____ и указал на необходимость
ортопедического лечения .

- Я информирован (информирована) о необходимом плане ортопедического
лечения. _____ Предложенного _____ мне _____ врачом-стоматологом-
ортопедом _____ (ФИО):

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

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

- Я информирован (информирована) 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 свое согласие на проведение мне в соответствии с назначениями врача диагностических исследований и лечебных мероприятий. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

- Я информирован (информирована) 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 (извещена) 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 (предупреждена) и сознаю, 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 (поставила) 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 (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении никотина, алкоголя, наркотических и токсических средств.

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

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

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

- Я информирован (информирована) о том, что получение медицинских услуг по протезированию зубов не входит в гарантированный объем бесплатных медицинских услуг, предоставляемых в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Орловской области бесплатной медицинской помощи, и осуществляется на возмездной основе, к льготным категориям граждан, которым эти услуги оказываются бесплатно, не относятся.

« ____ » _____ 201__ г.

(подпись пациента)

Расписался в моем присутствии
Лечащий врач

(подпись лечащего врача)