

ООО "Вэнстом"

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Я, _____
ф.и.о. пациента (или родителя для несовершеннолетних)

Настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на проведение ортодонтического лечения.

В соответствии со ст. 32 Основ Российской Федерации «Об охране здоровья граждан» № 5487-1 от 22.07.1993 г. врач-ортодонт ООО "Вэнстом" проинформировал меня о состоянии моей полости рта и предлагаемых способах лечения.

У меня была возможность получить исчерпывающую информацию в ответ на интересующие меня вопросы. Мое внимание было обращено на то, что состояние моей зубочелюстной системы требует ортодонтического лечения (исправление дефектов положения отдельных зубов, зубных рядов, прикуса и.т.д.) и, в случае отказа от соответствующего лечения, возможны следующие последствия: заболевание и (или) атрофия челюстной кости, воспаление десны, возникновение и усиление подвижности зубов, что может привести к необходимости их удаления. Также возможно возникновение головной боли, иррадиирующей в шею, височно-нижнечелюстной сустав и в мышцы лица.

После тщательного обследования полости рта мне объяснили альтернативные методы лечения. Я рассмотрел (а) возможность применения этих методов, но остановил (а) свой выбор на

Я проинформирован (а) своим лечащим врачом-ортодонтом и понимаю цель и суть лечебных мероприятий, информация сообщена мне доступным и понятным языком.

Врач-ортодонт объяснил мне, что не существует способа точно предсказать эффективность выбранного метода лечения зуба и костной ткани, и что в определенных случаях лечение зуба может иметь неудовлетворительный результат и это может привести к его удалению. Я знаю и понимаю, что практическая стоматология не является точной наукой, поэтому не может быть дано гарантий на результат лечения.

Я согласен (а) на проведение необходимого рентгенологического контроля.

Я согласен (а) регулярно посещать моего врача-стоматолога в зависимости от его указаний по графику, обговоренному с врачом и строго следовать всем его инструкциям по лечебным мероприятиям и по уходу за полостью рта.

Я сообщил (а) точные данные о своем состоянии здоровья, в том числе обо всех имевших место аллергических или необычных реакциях моего организма на препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль, о болезнях крови, реакциях

десны и кожи, кровотечениях (для женщин – о возможной беременности, кормлении грудью и пр.).

С учетом изложенного, я выражаю свое добровольное согласие на проведение ортодонтического лечения, ознакомлен (а) со всеми условиями проведения лечения и подтверждаю свое согласие на предоставление мне медицинских стоматологических услуг. Я полностью понимаю, что во время и после лечения состояние может измениться, и тогда для достижения благоприятного результата может быть назначена дополнительная или альтернативная терапия.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Ф.И.О. пациента _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

подпись