



Общество с ограниченной ответственностью
Стоматологический салон «Консул»
622049 Свердловская область, г. Нижний Тагил,
Октябрьский пр., 28. Тел.: /3435/ 963-707,
konsul-nt@mail.ru, сайт: konsul-st.ru

р/с 40702810516540015295 в Уральский банк ПАО «СБЕРБАНК РОССИИ» г. Екатеринбург к/с 30101810500000000674
БИК 046577674 ИНН 6623013175 КПП 662301001 ОКПО 15049526 ОГРН 1036601238046 ОКТМО 65751000

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство Дополнительное согласие к терапевтическому лечению зубов

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

проинформирован(а) о поставленном диагнозе _____
Врач указал на необходимость проведения лечения _____.

(наименование манипуляций, заполняется лечащим врачом)

Возможными вариантами лечения являются пломбирование зуба (реставрация) или ортопедическое лечение зуба. Врач информировал меня о том, что мне показано ортопедическое лечение зуба путем изготовления специальной вкладки в полость зуба с последующей фиксации на ней коронки или _____.

В случае выбора варианта пломбирования зуба, я понимаю, что мне придется очень бережно относиться к зубу из-за высокого риска раскола зуба при жевании на нем твердой пищи, выпадения пломбы, поэтому я соглашаюсь с вероятностью выпадения пломбы, раскола зуба, возможного удаления зуба и других осложнений, которые не связаны с надлежащим оказанием услуг по лечению зуба и обязуюсь не предъявлять претензий к Исполнителю в случае их возникновения.

Понимаю все вышеуказанное, я добровольно соглашаюсь на установление гарантийного срока по лечению (реставрации) данного зуба, равному 1 (один) день.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство с целью проведения лечения на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____
(подпись врача) (ФИО)

Дата «___» _____ 20___ г