

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство Согласие на снятие ортопедической конструкции

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 _____.

Я получила(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованного плана лечения.

Я соглашаюсь с тем, что при снятии протезов, особенно без их предварительного распиливания, возможно возникновение перелома культи зуба (клинической коронки) или ее части, перелома корня зуба, что может привести к невозможности использования данного зуба при дальнейшем протезировании и необходимости его удаления с выбором иного плана ортопедического лечения, что потребует увеличения стоимости лечения.

Я соглашаюсь с тем, что при снятии протеза, конструкция протеза нарушается и необходимо изготовление нового протеза, стоимость которого я обязуюсь оплачивать дополнительно.

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 (истории болезни) 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 ортопедического лечения на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

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

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

Дата «__» _____ 20__ г.