

Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства

Я, _____,
даю согласие врачам ООО «МИСТЕРИЯ-ЛЭНД» провести лечение согласно предложенного мне плана, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Доктор указал на необходимость лечения заболевания и профессиональную гигиену полости рта. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений: появление, либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба, а также системные проявления заболевания.
2. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость медицинских услуг в соответствии с ним.
3. Я добровольно, без какого-либо принуждения, выражаю согласие с видами и объемом медицинских услуг, а также планом лечения.
4. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) доктора обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.
5. Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы.
6. Мне разъяснено и я согласен(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% положительный результат и что при проведении лечения и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения, обусловленные биологическими вмешательствами.
7. Я согласен(а) с тем, что в случаях, когда медицинские услуги оказаны с соблюдением установленных стандартов и требований, Исполнитель не несет ответственности за возникновение побочных эффектов и осложнений.
8. Я согласен(а) с тем, что для получения лучших результатов лечения я должен(а) выполнять все назначения, рекомендации и советы медицинских работников клиники.
9. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов и даю согласие на их применение.
10. Настоящее соглашение подписано пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании стоматологических услуг.

Подпись пациента _____

Подпись врача _____

Дата:

Предварительно согласованный план общей санации полости рта

пациента _____

Профессиональная гигиена _____

Удаление _____

Имплантология _____

Лечение кариозных поражений _____

Депульпирование _____

Восстановление коронковых частей зубов вкладками и штифтами

Несъемное протезирование _____

Съемное протезирование _____

Сроки лечения _____

Ориентировочная стоимость лечения _____

Подпись пациента _____

Подпись врача _____

Дата _____