ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

В соответствии со статьей 20 ФЗ № 323-ФЗ об охране здоровья граждан, необходимым предварительным условием любого медицинского вмешательства (в том числе и стоматологического) является информированное добровольное согласие гражданина. Поэтому, до начала медицинской манипуляции ответьте на следующие вопросы:

1. Я пациент _____, карта № _____, информирован(а) о методе ортопедического лечения, предложенного мне врачом (Ф.И.О) _____
_____

2. Мне известны другие возможные способы протезирования, а также все их преимущества и недостатки перед выбранным методом ортопедического лечения.

3. Я согласен(-а) с выбранной врачом конструкцией протеза:_____

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

_____
_____

4. Я осведомлён (-а) о том, что должен (-а) оплатить минимум 30% стоимости протезирования в день снятия слепков, а остальную часть - до полного завершения работы.

5. Я осведомлен (-а) о том, что во время ортопедического лечения возможно временное протезирование пластмассовыми коронками, а также восстановление зубов литыми металлическими вкладками стоимость которых оплачивается отдельно.

6. Я осведомлен (-а) о том, что в течении процесса лечения может возникнуть необходимость дополнительных методов исследования, результаты которых могут изменить ранее составленный п л а н протезирования.

7. Я осведомлен (-а) о том, что в случае изменения плана протезирования по медицинским показаниям составляется новое соглашение, в котором оговариваются все возникшие изменения.

8. Я осведомлен (-а) о том, что в случае изменения моих личных планов при незаконченной работе, мной возмещается клинике стоимость всех осуществленных к этому моменту этапов протезирования.

9. Я осведомлен (-а) о том, что в случае изменения плана протезирования по моему желанию после окончания и сдачи работы, протезирование по новому плану в данной клинике оплачивается согласно составлению нового соглашения и после полной оплаты мной стоимости предыдущего ортопедического лечения.

10. Я осведомлен (-а) о том, что в случае моего настаивания на конструкции или особенностях протеза, которые по медицинским показаниям недопустимы, клиника оставляет за собой право расторжения соглашения без возмещения моих финансовых и моральных затрат за проведенное к этому моменту лечение.

11. Мне полностью понятен метод протезирования. Дополнительные мои вопросы особо оговорены, ответы на них меня полностью удовлетворяют.

12. Я подтверждаю, что назвал (-а) все имеющиеся у меня заболевания и проблемы, которые могут заинтересовать врача и повлиять на течение и результаты ортопедического лечения.

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

14. Я подтверждаю свое согласие на своевременную явку на профилактические осмотры каждые 6 месяцев.

15. Я осведомлен (-а) о том, что все дальнейшее наблюдение, а при необходимости лечение будет проводится только в клинике,в которой было проведено протезирование. В случае моего обращения за консультацией и лечением в другую клинику, а также при несоблюдении требований по уходу за зубными протезами, а также требований по эксплуатации, лечебное учреждение не несет финансовой и моральной ответственности за возможные осложнения.

Если Вам понятно и подробно разъяснены все указанные выше утверждения, и Вы дали на них положительный ответ, подтвердите это своей подписью с указанием фамилии и даты.

Пациент _____ *ФИО* _____ *«___»*_____*20__г.*

Медицинский работник _____ *ФИО*_____ *«___»*_____*20__г.*