

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства

Я, \_\_\_\_\_, проинформирован(а) что для постановки диагноза и проведения стоматологического вмешательства врачу необходимо выявить жалобы, провести опрос, собрать анамнез. Провести осмотр, использовать для клинического обследования физические методы, инструментальные методы, лабораторные методы, рентгенографию.

Мне были объяснены все необходимые методы обследования. Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я также проинформирован(а) о необходимости проведения **стоматологического ортопедического лечения** и понимаю цели его проведения. Этот документ содержит также необходимую для меня информацию для того, чтобы я ознакомился(ась) с предлагаемым лечением и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Доктор поставил мне следующий диагноз: \_\_\_\_\_

и обосновал необходимость проведения ортопедического лечения.

Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных лечебных мероприятий перед началом лечения. Меня также познакомили с возможными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех. Доктор понятно объяснил мне необходимость строго следовать рекомендациям, чтобы избежать возможных осложнений, которые мне разъяснены.

Я понимаю, что это лечение является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально, и как любое медицинское вмешательство не может иметь стопроцентной гарантии на успех даже при идеальном выполнении всех этапов. Поэтому иногда возможны отклонения от утвержденного плана лечения в виде внеплановых манипуляций и (или) изменения срока лечения.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у доктора в течение лечения и по окончании, когда буду пользоваться ортопедической конструкцией. Я понимаю значение гигиены полости рта при ортопедическом лечении и обязуюсь выполнять все назначения. Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Ф И О

Подпись врача \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Ф И О

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Ф И О

Подпись врача \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Ф И О

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Ф И О

Подпись врача \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Ф И О

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Ф И О

Подпись врача \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Ф И О

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Ф И О

Подпись врача \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Ф И О

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Ф И О

Подпись врача \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Ф И О

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Ф И О

Подпись врача \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Ф И О

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.