

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____, 19__ г. рождения, паспорт № _____ Выдан _____, проживающий по адресу: _____ при заключении Договора об оказании медицинских услуг получил(а) полную и достоверную информацию об особенностях услуги и согласен(на) дать полную, правдивую и всю необходимую информацию о состоянии своего здоровья, которая будет отображена врачом в амбулаторной карте (карта является неотъемлемой частью Договора).

Этот раздел бланка заполняется только для недееспособных граждан: Я, __ паспорт __ №__ Выдан __ являюсь законным представителем лица признанного недееспособным _____, _____ г. рождения.

Находясь на лечении в стоматологической клинике "Евродент плюс":

Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания.

Я предупрежден(а), что предоставление мной неполной или недостоверной информации о состоянии моего здоровья его физиологических особенностях может причинить вред моему здоровью, явиться причиной наступления иных неблагоприятных последствий, не исключая летальный исход. Также, я предупрежден(а) о необходимости следовать всем инструкциям и назначениям врача.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемому) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ - инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о применяемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а так же об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я разрешаю применение локальной анестезии, антибиотиков, обезболивающих и других лекарственных средств, которые необходимы при лечении. И я понимаю, что при применении любых лекарственных веществ существует риск проявления аллергической реакции как таковой или её признаков.

Также Я проинформирован(а) и полностью осознаю, что любому оперативному вмешательству (процессу) присущи определенные осложнения следующего характера: - при оперативном процессе в полости рта наиболее часто случаются следующие осложнения: послеоперационное кровотечение, появление припухлости и отечности мягких тканей, которые могут требовать хирургического вмешательства (разрезы и т.п.), синяков, затрудненное открывание рта, присоединение инфекции, временное или постоянное онемение или чувство покалывания в губах, языке, подбородке, в области десен и зубов. Иногда возможны тошнота, рвота, аллергические реакции, замедленное заживание, болезненность, прободение гайморовой пазухи. При проведении эндодонтического лечения возможно появление эффекта "выросшего зуба", болезненности при накусывании и временной чувствительности по отношению к холодным и горячим раздражителям. Я осознаю, что несмотря на все возможные осложнения, данное лечение (процедура) необходима и проводится с моего разрешения.

Я поручаю доктору сделать все, что он сочтет необходимым в случае непредвиденных обстоятельств, которые могут возникнуть во время выполнения вышеуказанных процедур.

Я предупрежден(а) и осознаю, что в ходе лечения могут быть назначены дополнительные процедуры, дополнительные (специализированные) методы обследования, путём проведения рентгенографических и других необходимых диагностических мероприятий. При отсутствии соответствующих технических возможностей у клиники, клиника оставляет за собой право направить на прохождение необходимых диагностических мероприятий в иную специализированную медицинскую организацию, которые осуществляются за отдельную плату.

Мне разъяснены те ограничения, связанные с приемом пищи и гигиеническим уходом за полостью рта, соблюдение которых я должен (должна) обеспечить в послеоперационный период. Я предупрежден(а), что нарушение данных ограничений может привести к отрицательным последствиям.

Я согласен(на) с тем, что специальные виды лечения (профилактические, терапевтические, зубное протезирование) будут осуществляться соответствующими специалистами клиники.

Я информирован(а) о наличии гарантии на лечение и протезирование.

Я согласен(на) с тем, что все манипуляции, выполненные врачом стоматологом будут проверяться Главным врачом Кильгишевой Т.Р. на предмет соответствия качеству принятых стандартов клиники «Евродент плюс».

Я согласен(на) получать СМС рассылку о новых услугах, скидках и акциях проводимых стоматологической клиникой «Евродент плюс».

Перед началом лечения я обязан(а) предоставить результаты: анализа крови на микрореакцию, результаты флюорографии, которые получены по месту прохождения. Отсутствие результатов анализов не является основанием для отказа в оказании услуг. Вместе с тем, стоматологическая клиника вправе выписать направление на анализ крови на микрореакцию и флюорографию, которое является для пациента обязательными.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в положенном объеме.

Разрешаю, в случае необходимости, представить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам _____.

Подпись пациента/законного представителя V _____ "___" _____ 20__ г.

Главный врач _____ /Т.Р.Кильгишева/ "___" _____ 20__ г.