ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

Настоящее добровольное соглашение составлено на основании Федерального Закона № 323 от 21.11.2011 "Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации."

Я, _____ обратившись за медицинской помощью в клинику ООО «Зет 32» Лицензия № ЛО-02-01-002728 выдана Министерством Здравоохранения Республики Башкортостан 13.09.2013г. ознакомлен (а) с необходимым первичным планом обследования и возможными методами лечения, включающими в себя:осмотр врача, проведение консультаций специалистов, проведение методов исследований и согласен (а) (не согласен) (а) с применением в рамках договора оказания платных медицинских услуг данных видов медицинских вмешательств.

Мне доктор сообщил, о показании лечения с применением протезирования зубов и зубных рядов. Доктор разъяснил мне метод и способ выполнения предложенного лечения, альтернативные методы лечения и последствия, которые могут наступить при невыполнении всего объема лечения, и другие возможные осложнения, которые могут возникнуть в ходе и после лечения.

1. Деформация зубных рядов и дистопия отдельных зубов. 2. Изменение внешнего вида лица и улыбки. 3. Затрудненное пережевывание пищи. 4. Изменение фонетики. 5. Боль при пользовании протезами. 6. Изменение вкусовых и температурных ощущений. 7. Травмы слизистой полости рта и травмы пародонта. 8. Заболевания (или обострения заболеваний) зубов и пародонта. 9. Воспалительные заболевания из-за плохой гигиены полости рта. 10. Неудовлетворительная фиксация протезов. 11. Аллергические реакции на материалы, применяемые при протезировании. 12. Повышенная чувствительность зубов после их пришлифовки. 13. Деформация протеза. 14. Перелом протеза, трещины или скол облицовочного материала. 15. Переломы зубов.

Эти и другие осложнения могут носить временный или постоянный характер и устраняются врачом, но иногда требуют дополнительного лечения или вмешательства, вплоть до удаления зуба (зубов) и изготовления нового (даже другой конструкции) протеза.

При выполнении работ по металлокерамике я лично подбираю цветовую гамму протеза и несу ответственность за подобранный цвет.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анестетиков и антибиотиков.

Я осведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника), предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моем здоровье.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я получил (а) исчерпывающую информацию по предлагаемому лечению и согласен(а) с ним.

Подпись пациента _____ _____
(Ф.И.О.)

Подпись врача _____ _____
(Ф. И.О.)

«_____» _____ 2015г