

Информированное добровольное согласие пациента на проведение амбулаторного медицинского вмешательства в ООО «СК «Орто-Классика»

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении и даны рекомендации по уходу за стоматологическими конструкциями и что я согласен(на) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента, число, месяц, год рождения)

обращаюсь в ООО «СК «Орто-Классика» для проведения ортодонтического лечения дефектов зубных рядов и челюстей. Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) 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 ортодонтического лечения. Я ознакомлен с наиболее рациональным планом проведения диагностических и подготовительных мероприятий перед началом лечения.

Меня подробно ознакомили с планом предстоящего лечения и его сроками, а также со всеми возможными альтернативными вариантами лечения. Доктор понятно объяснил мне необходимость строго следовать рекомендациям, чтобы избежать возможных осложнений.

Во время и после лечения могут возникнуть различные осложнения, способные повлиять на план лечения, сроки и исход лечения, в частности такие как: кариес вокруг брекетов, отклеивание брекетов, обострения заболеваний пародонта, травмирование губ, десен и слизистой оболочки полости рта конструктивными ортодонтическими элементами, поломки ортодонтических аппаратов и их составных частей, рецидивы аномалии или деформации отдельных зубов или зубных рядов после снятия системы, аллергические реакции, подвижность зубов, боли в зубах и деснах, дисфункции височно-нижнечелюстных суставов и жевательных мышц.

Я понимаю, что это лечение является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально, и как любая медицинская операция 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 лечения, когда буду пользоваться ретенционным аппаратом.

Я понимаю значение гигиены полости рта при ортодонтическом лечении и обязуюсь выполнять все назначения, включая использования ирригатора и специальных ортодонтических щеток, рекомендованных врачом. Мне были объяснены все возможные исходы ортодонтического лечения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов. Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы относительно предстоящего медицинского вмешательства и получил на них исчерпывающие ответы.

Я поставлен в известность о том, что установление гарантийных сроков по данному виду работ возможно только в индивидуальном порядке в соответствии с гарантийным паспортом Пациента, и что если гарантийный срок письменно в документах не установлен, то он исчисляется согласно Положению о гарантиях в клинике Исполнителя, с которым я был ознакомлен до начала лечения.

Я понимаю, что ожидаемый результат может не совпадать с действительным результатом после проведения ортодонтического лечения и точно предсказать его невозможно.

Я понимаю, что ортодонтическое лечение не исключает других стоматологических манипуляций по удалению, лечению и протезированию зубов. Мероприятия по лечению и протезированию зубов могут быть обязательными для достижения необходимого положительного результата комплексного лечения стоматологической патологии в процессе ортодонтического лечения и после него.

Я даю разрешение делать инъекции, рентгеновские снимки, оттиски, диагностические модели, фотографии и проводить любые другие мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза, а также для контроля и фиксации результатов медицинского вмешательства.

Я даю разрешение проводить необходимые лечебные мероприятия и использовать любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо.

Я разрешаю сообщать информацию, полученную от меня и связанную с моим стоматологическим состоянием третьим лицам, оплачивающим мое лечение, или другому врачу, а также персоналу клиники.

Я понимаю свою ответственность за оплату услуг, оказанных мне в ООО «СК «Орто-Классика» в соответствии с прейскурантом. Я внимательно ознакомился с прейскурантом клиники и согласен оплачивать все оказанные мне стоматологические услуги в соответствии с Договором и планом лечения.

Я понимаю, что невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе выполнения работ.

Я уведомлен, что отклеивание брекетов, коррекции съемных ортодонтических аппаратов, раздражение слизистой оболочки полости рта от конструктивных элементов аппаратов, _____ являются конструктивной особенностью стоматологических конструкций и оказываемых ортодонтических услуг, и не относятся к существенным недостаткам оказанных услуг.

Я понимаю, что в связи с индивидуальной анатомией и реакцией организма возможно расхождение с первоначально определенным планом лечения и изменение ранее оговоренной стоимости лечения как в большую, так и в меньшую сторону по предварительному согласованию.

Меня уведомили, что Исполнитель и ее персонал не несет ответственности за качество предоставляемых услуг в следующих случаях:

1. Предоставления услуг по требованию пациента, расходящемуся с предложенным врачом планом протезирования, о чем делается соответствующая запись в истории болезни.
1. Возникновения аллергических реакций.
2. Осложнений, возникающих по причине неявки пациента в срок, указанный врачом или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций и условий Договора на оказание медицинских услуг.
1. Переделок и исправления работ в другом лечебном заведении.
2. Ремонта, порчи и исправления любых элементов ортодонтической конструкции самим пациентом.
3. Истечения срока гарантии на оказанные услуги.
4. Неудовлетворительного состояния гигиены полости рта.

Я внимательно ознакомился(ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных стоматологических услуг. Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для проведения мне ортодонтического лечения на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ Расшифровка подписи: _____

Подпись врача: _____ Расшифровка подписи: _____

Дата: « ____ » _____ 201__ г.