•••

№ карты

Информированное добровольное согласие на снятие ортопедических конструкций

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии *со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.*

Я, Проверочный Иван Иванович,

(Ф.И.О. пациента либо законного представителя пациента)

добровольно обращаюсь за медицинской помощью в стоматологическую клинику ООО «Эппл Дент», предоставляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья и соглашаюсь на проведение осмотра полости рта, всех необходимых диагностических исследований и мероприятий, включая рентгенологические, для получения максимально полной картины состояния полости рта и назначения предварительного плана лечения и для возможности врача согласовать этот план со мной.

Я, проинформирован(а) о том, что в рамках проводимого ортопедического лечения, мне необходимо снятие ортопедических конструкций, ранее установленных в ООО «Эппл Дент» или в другой медицинской организации.

Моим лечащим врачом, мне были полностью разъяснены характер и цели снятия ортопедических конструкций, а также все возможные альтернативы такому продолжению лечения.

Я согласен(а) с предложенным мне лечащим врачом планом лечения (СМЕТА) по снятию ортопедических конструкций.

Мне понятно, что в случае, если зуб уже покрыт ортопедической конструкцией, лечение каналов может осуществляться только после снятия ортопедической конструкции. В этом случае, после проведенного лечения каналов, возникает необходимость изготовления новой ортопедической конструкции, согласно действующему прейскуранту и «Положению о гарантиях» Исполнителя.

Так же доступно для меня врач объяснил, что в случае снятия ортопедической конструкции существует вероятность возникновения во время процедуры по независящим от врача и правильности манипуляций причинам, следующих обстоятельств:

чувство дискомфорта и болезненность;

травма слизистой оболочки полости рта;

выявление скрытого кариеса эмали, кариеса дентина или кариес цемента, который не совместим с ортопедическими или терапевтическими реставрационными мероприятиями;

скол, трещина, откол части или всей пломбы на соседних зубах, что по абсолютным медицинским показаниям потребует лечения/восстановления по действующему прейскуранту Исполнителя согласно Положению о гарантиях;

скол, дефект и(или) выпадение пломбы, с которого снимается конструкция, что по абсолютным медицинским показаниям потребует восстановления пломбировочным материалом или опорной конструкцией по действующему прейскуранту Исполнителя согласно Положению о гарантиях;

раскол, трещина, перелом корня или коронки зуба, с которого снимается конструкция, что по абсолютным медицинским показаниям потребует удаления зуба по действующему прейскуранту Исполнителя согласно Положению о гарантиях;

скол облицовочных элементов ортопедической конструкции, что потребует её коррекции или замене согласно Положению о гарантиях Исполнителя;

необратимое повреждение, поломка ортопедической конструкции, что по абсолютным медицинским показаниям потребует её полной замены по действующему прейскуранту Исполнителя согласно Положению о гарантиях.

Раскручивание и(или) поломка винта, фиксирующего ортопедическую конструкцию на имплантатах.

Я понимаю, что по абсолютным медицинским показаниям в случаях наличия воспалительного процесса в корневых каналах и(или) хронических изменений в тканях вокруг корня зуба необходимо лечение и (или) перелечивание ранее запломбированных корневых каналов зуба(ов), на котором(ых) ранее была установлена ортопедическая конструкция.

Настоящее информированное согласие является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

Образец

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) всё вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с моим лечащим врачом все интересующие меня и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и отказом от него. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я даю добровольное согласие на проведение следующей стоматологической услуги – на снятие ортопедических конструкций

Мною заданы интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснение на них. Я понял(поняла) значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе, а также систему нумерации зубов.

Я внимательно ознакомился(ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных стоматологических услуг. Я подтверждаю свое добровольное согласие на снятие ортопедических конструкций на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья (в том числе после смерти):

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

- o Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи.
- o Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи.
- o Подтверждаю, что согласовываю оказание мне медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи.

Беседу провел врач _____ /_____
(подпись)

Потребитель(Пациент) Проверочный Иван Иванович согласился с проведением медицинского вмешательства (подпись)

Потребитель(Пациент) Проверочный Иван Иванович отказался от проведения медицинского вмешательства (подпись)

Конт.телефон

Образец