№ карты

Информированное добровольное согласие на трехмерное индивидуальное планирование с созданием предоперационного направляющего шаблона

Я, Проверочный Иван Иванович,

настоящим подтверждаю, что в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания_____

- K00 Нарушения развития и прорезывания зубов
- K01 Ретенированные и импактные зубы
- K06 Другие изменения десны и беззубого альвеолярного края
- K07 Челюстно-лицевые аномалии (включая аномалии прикуса)
- K08 Другие изменения зубов и их опорного аппарат

Мне разъяснено, что рекомендованное мне лечение – это медицинское вмешательство, которое своей целью имеет лечение и профилактику зубочелюстных патологий, в том числе исправление прикуса, а также проводится в эстетических целях и является эффективным способом устранения дефектов и аномалий положения отдельных зубов, зубных рядов, прикуса.

Я был(а) информирован(а) лечащим врачом о том, что лечение состоит из этапов:

1. Диагностический этап: осмотр, специальная фотография, снятие слепков челюстей, антропометрический анализ моделей челюстей, рентгенографическое исследование, расчёт конструкции аппарата, составление плана лечения.
2. Этап проектирования: изготовление шаблона заключает фотометрию, компьютерное позиционирование, моделирование шаблона.

Так же в период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработки зубов, снятии оттисков, корректировки прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт.

Так же я предупрежден о том, что конечный результат оперативного вмешательства может иметь частичное отличие от трехмерного проектирования.

Я имел возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил на них удовлетворяющие меня ответы и на основании вышеизложенного, я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении данного медицинского вмешательства врачом ООО «Эппл Дент».

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)

Пациент Проверочный Иван Иванович **<u>согласился</u>** с проведением медицинского вмешательства _____
(подпись)

(ф.и.о.)

Пациент Проверочный Иван Иванович **<u>отказался</u>** от проведения медицинского вмешательства _____
(подпись)

(ф.и.о.)

Образец