

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
на установку ортопедической конструкции**

Я _____
(фамилия, имя, отчество — полностью)
_____ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:
Я, паспорт, _____ выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина — полностью, год рождения)

Даю информированное добровольное согласие на установку ортопедической конструкции. Я соглашаюсь с тем, что установку ортопедической конструкции будет проводить врач

В исключительных случаях (например, болезнь врача, сложная клиническая ситуация) ООО «ДЕНТИК ФЭМИЛИ» может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом. До установления ортопедической конструкции я получил (а) от медицинских работников и врача интересующую меня информацию о предстоящей процедуре, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от нее, либо дать свое согласие на ее проведение. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые в моем случае, будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного аппарата). **Я подтверждаю, что на проведенных примерках ортопедической конструкции я ознакомился(ась) с формой, цветом и другими параметрами ортопедической конструкции, с которыми я полностью согласен(на).** Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. Я понимаю, что гигиенический уход за полостью рта при наличии ортопедических конструкций (зубных протезов) должен быть более тщательным, а так же необходимость регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с врачом и записанному в истории болезни).

Мне были объяснены все возможные исходы проведения данной процедуры. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. **Текст настоящего информированного согласия мне понятен, неясные для меня термины, фразы отсутствуют. Я понимаю цель и смысл рекомендаций и назначений врача. На все вопросы, заданные мною, получены подробные и ясные мне по содержанию разъяснения. Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии у меня к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время. Я подтверждаю, что ООО «ДЕНТИК ФЭМИЛИ» мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора способа дальнейшего медицинского вмешательства в отношении меня согласно поставленному мне диагнозу и Прейскуранту цен на данные услуги. Я даю согласие на фотосъемку и возможное использование фотоматериалов в научных и рекламных целях. Я даю согласие на то, что в процессе лечения ряд манипуляций может выполняться сертифицированными специалистами клиники под контролем лечащего врача. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Подписывая его, я подтверждаю надлежащее выполнение ООО «ДЕНТИК ФЭМИЛИ» своей обязанности по информированию меня, как Заказчика о сущности оказываемой мне услуги. Я подписываю настоящее информированное согласие, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников ООО «ДЕНТИК ФЭМИЛИ», обладая всей информацией для принятия решения, полностью осознавая, что беру на себя ответственность за принятое мной решение (дату согласия) относительно проводимых со мной медицинских манипуляций, а также дальнейшего соблюдения рекомендаций врача. Разрешаю постоянную фиксацию ортопедической конструкции. Претензии к эстетике реставрации, форме и цвету, согласованные мною на примерке (виниры, вкладки, накладки, коронки, мосты, съемные протезы и др.) _____ не _____ имею.**

Подпись пациента _____ Дата _____

Подпись врача _____