



Стоматологическая клиника "ВитАрт"
Адрес: Большой Дровяной переулок д.18
<http://www.vitart-stom.ru>, info@vitart-stom.ru
+7 (495) 698-00-98, +7 (495) 698-02-09

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ К ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЗУБОВ НА ОТКАЗ ОТ ПОКРЫТИЯ ЗУБА ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИЕЙ.

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

Я, \Patient\, проинформирован(а) о поставленном диагнозе и необходимости лечения согласно утвержденному предварительному плану лечения.

Возможными вариантами лечения являются пломбирование зуба (реставрация) или более надежный вариант - ортопедическое восстановление зуба ортопедической конструкцией, имеющий лучший долгосрочный прогноз. Врач информировал меня о том, что мне наиболее показано ортопедическое лечение зуба. Я понимаю, что добровольно отказываясь от ортопедического лечения, рекомендованного врачом и соглашаясь на прямую композитную реставрацию фотополимерным материалом, допускаю вероятность выпадения пломбы, раскола зуба и других осложнений, которые не связаны с надлежащим оказанием услуг по лечению зуба, полностью принимаю на себя ответственность, предварительно уведомлен и согласен с описанными рисками такого лечения. Я также понимаю, что в случае возникновения описанных рисков и осложнений устранение всех последствий будет проводиться за мой счет по прайсу исполнителя.

Понимая все вышеуказанное, я добровольно соглашаюсь на установление гарантийного срока и срока службы о вещественного результата услуги по лечению (реставрации) данного зуба, равными 1 (один) день.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе.

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 лечения на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / \Patient\ /
(подпись пациента)

(ФИО полностью)

Подпись врача: _____ / _____ /
(подпись врача)

(ФИО)

Дата « _____ » _____ 20__ г