

Я предупрежден (а) и согласен (а) с тем, что в случае пропуска планового визита, повлиявшего на реализацию моего плана лечения, клиника оставляет за собой право в одностороннем порядке отказать мне в дальнейшем исполнении договора.

Я поставлен (а) в известность о том, что в связи с высокой степенью риска возникновения осложнений в ходе лечения, а также рецидива по причинам, не зависящим от лечащего врача, определение конкретных прогнозов по данному виду работ невозможно.

Я понимаю, что успешный результат лечения может быть значительно снижен, а в ходе и по окончании лечения могут возникнуть осложнения и рецидивы, в случаях неявки на прием, невыполнения рекомендаций врача, нарушения правил гигиены полости рта, обращение до окончания лечения в другую стоматологическую клинику

Мне объяснили суть всех осложнений (дискомфортных состояний), которые могут возникнуть в связи с индивидуальной реакцией организма на лечения, и я понимаю, что возможное возникновение таких осложнений (дискомфортных состояний) не является следствием некачественно оказанной услуги.

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. На все заданные вопросы я получил (а) понятные мне исчерпывающие ответы. Я получил (а) все рекомендации, касающиеся моего поведения в ходе предлагаемого лечения и после его окончания (формы: _____). Со своей стороны, я высказал (а) все жалобы, предоставил (а), в силу своей осведомлённости, информацию об индивидуальных особенностях и реакциях моего организма, о наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на планирование и ход предлагаемого лечения или служить противопоказаниями к его проведению.

Будучи информированным (ой) и предупрежденным (ой) обо всем вышеизложенном, я полностью сознаю, что предлагаемое медицинское вмешательство показано мне по состоянию моего здоровья.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия.

Я осознаю, что на основании полученной информации я могу как отказаться от предложенного мне лечения, так и дать свое согласие на его проведение. При этом, при принятии данного решения на меня не оказывается никакого давления.

В связи с этим я осознанно и добровольно **ДАЮ СОГЛАСИЕ** на проведение ортопедического лечения _____

Я согласен (а) на проведение выбранного лечащим врачом метода анестезии и анестезирующего препарата.

. Я согласен(на) на проведение фотосъёмки, видеосъёмки и видеозаписи для улучшения качества диагностики и анализа хода лечения.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач.

Я согласен (а) и разрешаю врачу, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем лечении в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, исключив возможность идентифицировать меня.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа.

Также по своему желанию сообщаю сведения о выбранных мною лицах, 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 случае необходимости:

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ 2023 г.

Пациент _____ / _____ /

Врач стоматолог-ортопед _____ / _____ /