

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА СНЯТИЕ РАНЕЕ УСТАНОВЛЕННОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИИ

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество гражданина, одного из родителей ребенка до 15 лет, иного законного представителя)
даю информированное добровольное согласие на предложенное мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть)

_____ (фамилия, имя, отчество ребенка (до 15 лет), лица, от имени которого, выступает законный представитель)
медицинское вмешательство Ортопедическое лечение,

(наименование вида медицинского вмешательства)

настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован(а) о предстоящем лечении и согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения, а именно нижеследующем:

Я согласен(а) с предложенным мне лечащим врачом снятием ранее установленных мне 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 полости рта;
- 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 и(или) выпадение пломбы, перелом коронки, зуба, 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 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 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.

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 опорного зуба(ов).

Настоящее информированное согласие является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

Я принимаю решение осуществить ортопедическое лечение на предложенных мне условиях.

Подпись пациента _____ / _____ /
(или подпись его законного представителя)

Дата «__» _____ 202__ г.

Подпись врача _____ / _____ /

Дата «__» _____ 202__ г.