

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПАЛАТА А. Г. СТАМБУЛ

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Уважаемый(ая)

Данный документ подготовлен для того, чтобы предоставить Вам необходимую информацию и получить Ваше согласие перед началом лечения.

Пожалуйста, внимательно прочитайте форму, заполните требуемые разделы и подпишите её в конце.

Если что-то остаётся непонятным, не стесняйтесь задавать вопросы — мы с радостью всё объясним.

Благодарим Вас за уделённое время и сотрудничество.

Вы обязаны сообщить своему стоматологу обо всех хронических заболеваниях, лекарствах, которые Вы принимаете в настоящее время, а также об общем состоянии здоровья.

Вы несёте ответственность за возможные последствия, возникающие в случае сокрытия или непредоставления данной информации.

Во время посещения нашей клиники Вы имеете полное право быть проинформированы о проводимых до лечения осмотрах, анализах, процедурах и их стоимости.

Это позволит Вам или Вашему законному представителю понимать планируемое лечение.

Цель данных разъяснений — предоставить Вам полную информацию и обеспечить Ваше участие в процессе лечения, направленного на улучшение и сохранение здоровья полости рта и зубов.

После того как Вам будут объяснены преимущества, возможные риски и стоимость лечения, решение о согласии на проведение процедур остаётся за Вами.

Пожалуйста, соблюдайте время приёма и приходите на приём вовремя, чтобы не нарушать график работы клиники.

Если Вы не можете прийти, отмените приём не позднее чем за 24 часа.

Желаем Вам крепкого здоровья и счастливой жизни.

ВАЖНОЕ ПРИМЕЧАНИЕ

Хотя стоматолог занимается лечением только заболеваний полости рта и челюстей, не забывайте, что эти области являются неотъемлемой частью организма.

Ваши общие заболевания и лекарства, которые Вы принимали или принимаете

сейчас, могут оказать значительное влияние на проводимое стоматологическое лечение.

Поэтому, пожалуйста, ответьте на все вопросы ниже точно и полностью.

ОБЩАЯ ФОРМА СОГЛАСИЯ

Я, нижеподписавшийся(аяся) (или законный представитель пациента),
был(а) проинформирован(а)

стоматологом

о диагнозе, плане лечения, возможных альтернативных методах, ожидаемых результатах и возможных побочных эффектах.

Я понял(а) и принимаю предложенное лечение.

Мне было разъяснено, что в процессе лечения могут возникнуть новые обстоятельства, требующие изменения плана. Я понимаю и соглашаюсь с этим.

Мне были объяснены возможные риски при отказе от лечения, альтернативные расчёты стоимости, а также то, что при необходимости может быть запрошена консультация других специалистов.

Я всё понял(а) и принимаю это.

На все мои вопросы, касающиеся лечения (или лечения лица, чьи интересы я представляю), получены исчерпывающие ответы.

Я понимаю, что успех лечения зависит также и от меня — от правильной гигиены полости рта, соблюдения рекомендаций врача, отказа от вредных привычек и правильного приёма назначенных лекарств в соответствующих дозировках и сроках.

Мне сообщили, что лечение направлено на сохранение здоровья зубов и полости рта, что медицинские услуги будут оказываться с должной тщательностью, однако результат не может быть гарантирован.

Я понимаю и принимаю это.

Я одобряю и принимаю стоматологическое лечение, описанное и согласованное со мной в процессе планирования.

Я получил(а) подробную информацию о правах и обязанностях пациента, а также о правах и обязанностях врача-стоматолога.

Я даю согласие на использование рентгеновских снимков, фотографий, видео и других документов, относящихся ко мне/к лицу, чьим законным представителем я являюсь, в научных и учебных целях при условии анонимности данных.

Я (“даю” / “не даю”) согласие на передачу моих персональных данных третьим лицам и учреждениям, включая государственные органы.

Пожалуйста, напишите от руки:

«Я прочитал(а), понял(а) и принимаю.»

Дата:

Ф.И.О. пациента:

№ удостоверения личности (Т.С.):

*Законный представитель (– степень родства):**

Ф.И.О.:

№ удостоверения личности (Т.С.):

Адрес:

Телефон:

Подпись:

Переводчик (если имеется):

Ф.И.О.:

Подпись:

Стоматолог:

Ф.И.О.:

Дата:

Подпись:

*Законный представитель — опекун для недееспособных лиц, родители для несовершеннолетних или, при их отсутствии, ближайший родственник первой степени родства (указать степень родства).

ИЗМЕНЕНИЯ В ПЛАНЕ ЛЕЧЕНИЯ

От «.....» внесены следующие изменения в план лечения:

ЗУБ ДИАГНОЗ ПЛАНИРУЕМОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Мой стоматолог объяснил причины изменений, связанные риски, возможные осложнения, альтернативные методы, ожидаемые результаты, вероятность успеха и особенности восстановления.

Я (“согласен(а)” / “не согласен(а)”) с вышеуказанными изменениями плана лечения.

Ф.И.О. / Подпись / Дата, Время

Пациент / Законный представитель (* степень родства)

Информирующий врач:

Переводчик (если имеется):

Каждая страница должна быть подписана отдельно.

