

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ФИКСАЦИЮ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона РФ № 323-ФЗ «Об Основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Мне, _____,
врачом-стоматологом _____ установлена стоматологическая ортопедическая конструкция

(наименование кратко)

Я внимательно оценил конструкцию во время примерки в полости рта, а также я сообщил лечащему врачу обо всех пожеланиях и беспокойствах относительно ортопедической конструкции до ее фиксации.

Я полностью согласен с цветом, формой и постановкой изготовленной ортопедической конструкции. Претензий по установленной конструкции не имею.

Я понимаю и полностью согласен с тем, что ортопедическую конструкцию невозможно снять после её фиксации ради коррекции ее цвета или формы.

Врач объяснил мне, что для соблюдения гарантийных обязательств (в том числе в отношении ортопедических конструкций с опорой на имплантаты), необходимо проходить плановый регулярный профилактический осмотр врача стоматолога-ортопеда с обязательным проведением панорамной томографии каждые 12 месяцев, а также проводить профессиональную гигиену полости рта 1 раз в 3, 4, 6 месяцев (нужное подчеркнуть).

Для соблюдения гарантийных обязательств съемных и несъемных пластиночных протезов на балочных ортопедических конструкциях обязательным условием является коррекция протеза 1 раз в 6 месяцев (при отсутствии своевременной перебаазировки гарантийный срок может быть пересмотрен врачом стоматологом-ортопедом), а также проведение специальной гигиены ортопедических конструкций.

Мною были заданы врачу интересующие меня вопросы о **сути и условиях** проведенного лечения, и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, и **принимаю для использования ортопедическую конструкцию.**

Подпись пациента: _____ / _____
(Ф.И.О. полностью)

Подпись врача: _____ / _____
(Ф.И.О. полностью)

« _____ » _____ 20__ г.
(дата подписи)