ООО «Стоматологическая поликлиника «Ростошь»

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ

НА УСТАНОВКУ СТАНДАРТНОЙ КОРОНКИ

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 19,20
Федерального закона № 323 от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан
в Российской Федерации»

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

уполномочиваю врача -стоматолога \_Максимовой И.А. провести установку стандартной(-ых) коронки(-нок) на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_зубы моему ребенку.

1. Настоящее информированное добровольное согласие содержит необходимую для меня информацию для того, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым лечением моему ребенку и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения (установки стальной коронки молочного зуба).
2. Я ознакомлен (ознакомлена) с планом лечения и проведения подготовительных мероприятий перед началом установки стальной коронки. Последствиями отказа от восставновления молочного зуба коронкой ,у ребенка возможно развитие осложнений : рецидив кариеса,перелом зуба, скол пломбы или собственных тканей зуба, дальнейшее разрушение зуба вплоть до удаления зуба, снижение эффективности жевания, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, нарушение функции речи, а также заболевания желудочно-кишечного тракта.
3. Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость постановки стальной коронки моему ребенку.
4. Я понимаю, что хотя предложенное лечение поможет моему ребенку сохранить стоматологическое здоровье, тем не менее установка стальной коронки является своего рода вмешательством в его организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов.

ООО «Стоматологическая поликлиника «Ростошь»

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ

НА УСТАНОВКУ СТАНДАРТНОЙ КОРОНКИ

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 19,20
Федерального закона № 323 от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан
в Российской Федерации»

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

уполномочиваю врача -стоматолога \_Максимовой И.А. провести установку стандартной(-ых) коронки(-нок) на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_зубы моему ребенку.

1. Настоящее информированное добровольное согласие содержит необходимую для меня информацию для того, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым лечением моему ребенку и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения (установки стальной коронки молочного зуба).
2. Я ознакомлен (ознакомлена) с планом лечения и проведения подготовительных мероприятий перед началом установки стальной коронки. Последствиями отказа от восставновления молочного зуба коронкой ,у ребенка возможно развитие осложнений : рецидив кариеса,перелом зуба, скол пломбы или собственных тканей зуба, дальнейшее разрушение зуба вплоть до удаления зуба, снижение эффективности жевания, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, нарушение функции речи, а также заболевания желудочно-кишечного тракта.
3. Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость постановки стальной коронки моему ребенку.
4. Я понимаю, что хотя предложенное лечение поможет моему ребенку сохранить стоматологическое здоровье, тем не менее установка стальной коронки является своего рода вмешательством в его организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов.
5. Я понимаю необходимость регулярных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом и записанному в истории болезни).
6. Я осведомлен (а) о возможных осложнениях: коронка в первое время может завышать по прикусу, дискомфорт в полости рта, боль при накусывании, кровоточивость десны, чувство инородного тела в полости рта.
7. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего ребенка и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось не выясненных вопросов к врачу. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.
8. Я подтверждаю согласие на установку стандартной(-ых) коронки(-ок) на молочные зубы моему ребенку.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года.

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия (полностью) И. О.)

Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия (полностью) И. О.)

5. Я понимаю необходимость регулярных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом и записанному в истории болезни).

6. Я осведомлен (а) о возможных осложнениях: коронка в первое время может завышать по прикусу, дискомфорт в полости рта, боль при накусывании, кровоточивость десны, чувство инородного тела в полости рта.

7. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего ребенка и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось не выясненных вопросов к врачу. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

8. Я подтверждаю согласие на установку стандартной(-ых) коронки(-ок) на молочные зубы моему ребенку.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года.

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. (Фамилия (полностью) И. О.)

Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. (Фамилия (полностью) И. О.)