ИНФОРМИРОВАННОЕ ЛОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОСМОТР И КОНСУЛЬТАЦИЮ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Информированное добровольное согласие на комплекс обследований дается потребителем либо его законным представителем один раз при первичном обращении в медицинскую организацию и действительно в течение всего срока оказания услуг в медицинской организации.

Я, {ФамилияИмяОтчество}, дата рождения {ДатаРождения}г., зарегистрирован(а) по адресу: {АдресРегистрации}, в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю добровольное согласие на проведение мне/моему подопечному медицинского вмешательства (осмотр, сбор анамнеза, диагностика, другое вмешательство) будет проводить врач-стоматолог: {Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество} и другие врачи ООО Стоматология «Факел» (ОГРН №1043600002160, ИНН 3664056461), имеющая лицензию на право осуществления медицинской деятельности № Л041-01136-36/00325800 от 30.07.2018 года, бессрочно, по адресу: г.Воронеж, ул. Писателя Маршака, 8, (далее – Клиника).

В исключительных случаях (например, болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника может заменить врача, уведомив меня об этом. Я даю согласие на привлечение к моему лечению других специалистов, в том числе врачей, не являющихся работниками Исполнителя (при необходимости). Я ознакомлен(а) с правилами приёма пациентов в ООО Стоматология «Факел»

Мне в доступной форме разъяснена и понятна информация о предстоящем медицинском вмешательстве. Я предоставляю имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья и соглашаюсь на проведение осмотра, фото и видеофиксацию состояния полости рта, манипуляции и исследования, включая рентгенологические, для получения максимально полной картины состояния зубочелюстной системы, диагностики и назначения нескольких вариантов лечения, для возможности врача согласовать их со мной.

На самом первичном осмотре в кресле у стоматолога специалист проводит общий осмотр зубов, десен, слизистой, а также проводит оценку текущего состояния полости рта всеми доступными ему методами и инструментами: мануально, зондом, зеркалом, водо-воздушным пистолетом, интраоральной камерой и т.д. Методы повторных осмотров будут отвечать целям этого приема у врача.

Я понимаю, что для проведения комплексного стоматологического лечения пациенту необходимо: Рентгенологическое обследование (по показаниям), Провести профессиональную гигиену полости рта, Получить консультацию: терапевта, хирурга-имплантолога, пародонтолога, ортопеда, ортодонта, специалистов не стоматологического профиля. Мне сообщено и понятно, что необходимым условием эффективного лечения является выполнение компьютерной томографии.

Во время физикального осмотра применяется зонд для обследования поверхности зуба и корней, а также зубная нить (флосс) для исследования боковых поверхностей зубов и состоятельности контактных пунктов, если ранее в стороннем лечебном учреждении Пациенту были установлены прямые композитные виниры/люминиры/коронки с нарушением протокола лечения, возможен их скол (потеря) с невозможностью коррекции (восстановления).

При оказании стоматологической помощи гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я подтверждаю, что предложенная анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные заболевания, аллергии и непереносимость препаратов, об общем состоянии моего здоровья, заполнена мною верно.

Мне известно, что не предоставление информации о состоянии здоровья может повлиять на эффективность и результаты медицинского вмешательства, и я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений.

Я предоставляю ООО Стоматология «Факел» право вести фото- и видеопротокол манипуляций по выбору врача(ей), использовать, обрабатывать, хранить, дублировать, анализировать мои изображения, включая фотографии и рентгенологические снимки, срезы КТ на сайтах в сети Интернет, для научных публикаций и в программах обучения врачей при соблюдении анонимности (т.е. без указания Ф.И.О. пациента).

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской

Федерации" может быть передана представителем которого я являюс	информация о состоянии моего здоровья или с сь (ненужное зачеркнуть),	состоянии лица, законным
	(ФИО гражданина, телефон)	
(Ф. И. О. гражданина или зако	1	(подпись)
Я знаю, что имею возможности	задавать все интересующие меня вопросы о	целях, методах оказания медицинской
помощи, связанных с ними риске,	и получать на них исчерпывающие ответы.	
- ·	нформированного согласия мной прочитан	
проведение осмотра, консульт	ации, необходимых медицинских вмеш	ательств. Мое решение является
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	представляет собой информированное сог	ласие на проведение медицинского
вмешательства на предложенны	х условиях.	
Потребитель	({ФамилияИмяОтчество})	{ТекущаяДатаПолная} г.
Врач	({Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество})	