

Добровольное информированное согласие на осмотр, стоматологическое и ортопедическое лечение, рентгенологическое обследование и анестезию

Я, ---, 0 г. рождения,

Диагноз _____

Гарантийный срок _____

1. Я даю добровольное информированное согласие на осмотр, стоматологическое и ортопедическое лечение, рентгенологическое обследование и анестезию. Я, осведомлен(а) и согласен (согласна) с планом предложенного лечения.
2. Я ознакомлен(а) с прейскурантом цен на оказание услуг ООО «Мой стоматолог» (далее - Клиники).
3. Мне известно, что в течение процесса лечения может возникнуть необходимость дополнительных методов исследований, результаты которых могут изменить ранее составленный план стоматологического лечения.
4. Со мной согласованы:
 - технологии и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
 - сроки проведения лечения.
5. Мне полностью понятен метод стоматологического лечения.
6. Я понимаю, что для успеха стоматологического лечения необходимо строго и тщательно выполнять все назначения врача, соблюдать гигиену полости рта, регулярно являться на контрольные и профилактические осмотры во взаимно согласованное время.
7. Я информирован(а) о способах и методах гигиены после стоматологического лечения, а также о возможных осложнениях при их несоблюдении.
8. Я ознакомился (ознакомилась) с возможными осложнениями при лечении стоматологических заболеваний, информация о которых размещена на стенде «Информация» Клиники.
9. Я подтверждаю свое согласие на своевременную явку на обязательные профилактические осмотры каждые 6 месяцев.
10. Я информирован(а), что несоблюдение рекомендаций врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
11. Я ознакомлен(а) с гарантийными сроками и сроками службы результатов терапевтической и ортопедической стоматологической помощи, которые отражены в «Положении об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологических услуг» и находятся на стенде «Информация» Клиники.

" _____ " _____ 20 ____ г.

Пациент _____ / _____
(подпись) (ФИО)

Врач _____ / _____
(подпись) (ФИО)