

ООО «ЮВИ Клиника»
ОГРН 1225900002811 ИНН 5902062526
КПП 590201001 614000, г. Пермь,
ул. Екатерининская, д. 55Б
Тел. + 7 (342) 2 – 919 – 414
Почта: info@uviclinic.ru



ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ)

Я, гр.

«Пациент»,

_____ (ФИО полностью)

либо Законный представитель пациента _____

_____ (ФИО полностью)

в соответствии с требованием статьи 20 ФЗ от 21.01.2011 г. № 323 -ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», обратился(ась) в ООО «ЮВИ Клиника» для ортопедического лечения дефектов коронок зубов, частичного отсутствия зубов или полного отсутствия зубов – необходимое подчеркнуть.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания, осведомлен(а) о последствиях отказа от протезирования, об альтернативных методах протезирования и обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти в процессе изготовления протезов и во время их эксплуатации.

Я ознакомлен(а) со стандартами ортопедического лечения, установленными в ООО «ЮВИ Клиника». Я понимаю необходимость качественной подготовки к протезированию, а также необходимость их рентгенологического обследования.

Врач объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, соблюдать сроки и последовательность их проведения. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств, назначенных врачом.

Я проинформировал (а) врача обо всех случаях аллергии в прошлом и в настоящее время, предупрежден(а) о возможности возникновения аллергической реакции на некоторые стоматологические материалы, применяемые для изготовления зубных протезов (металлы, пластмассы, оттисковые массы, цементы и др.)

Я понимаю, что протезирование является своего рода вмешательством в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь 100% гарантии на успех, даже при идеальном выполнении клинических этапов протезирования.

Я понимаю, что в зубочелюстной системе с возрастом происходят изменения, ослабляющие структуру зуба и его соединение с подлежащими тканями челюсти. При отсутствии зубов, нагрузка на оставшиеся зубы существенно возрастает и это приводит к их разрушению. Поэтому я обязуюсь выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и зубными протезами, а также обязуюсь приходить на контрольные профилактические осмотры в соответствии с установленным планом лечения.

Я осведомлен(а), что нет 100% гарантии совпадения ожидаемого результата с действительным результатом и понимаю, что при сроке гарантии на зубные протезы _____, никто не может гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезом.

Я получил(а) полную информацию о гарантийных сроках и ознакомлен(а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишюсь гарантии. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я доверяю врачу стоматологу – ортопеду _____ и согласен(а) провести ортопедическое лечение.

Я ознакомился (ась) с данным Приложением, что последнее влечет для меня правовые последствия. Я разрешаю передать информацию о моем нахождении на лечении и состоянии моего здоровья следующим лицам:

Я также даю согласие на обработку и передачу персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1, 3. ст., ст. 11 Федерального закона «152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания мне медицинских услуг.

(ФИО полностью пациента или законного представителя)

(Подпись)

(ФИО врача)

(Подпись)

Дата: « ___ » _____ 20 ___ г.

Примечание: при приеме лиц до **18 лет** (детей) обязательно подписывается родителем или иным законным представителем.