ОБЩАЯ ФОРМА СОГЛАСИЯ

Подпись ниже - я / опекун пациента ........................................................................................,

Стоматолог ..........................................................................................Меня проинформировали о планировании, альтернативных методах лечения, результатах, нежелательных побочных эффектах, связанных с диагнозом и лечением, поставленными, я понял(а). Я согласился (согласилась) на лечение, которое будет назначено.

Мне объяснили, я понял(а) и принял(а), что планирование может измениться в связи с новыми ситуациями, которые могут возникнуть во время лечения.

Меня проинформировали о возможных рисках, которые могут возникнуть в случае отсутствия лечения, о расчетах затрат в соответствии с альтернативными методами моего лечения, о том, что при необходимости можно обратиться за консультацией к другим врачам, я понял(а) и согласился (согласилась).

Мы получили ответы на все интересующие вопросы о моем лечении/ лечении моего опекуна. Мне также объяснили, что успех лечения зависит от меня, что я должен следовать рекомендациям по чистке полости рта и рекомендациям, которые ложатся на меня в домашних условиях, соблюдать рекомендации по отказу от вредных привычек и необходимости использовать лекарства, указанные в рецептах, в дозах и сроках, соответствующих рецепту. Я понял(а) и согласился (согласилась).

Меня проинформировали, что лечение, которое будет проводиться, направлено на поддержание здоровья полости рта и зубов, что медицинские услуги будут оказываться с осторожностью, но результат медицинских процедур не может быть гарантирован, я понял(а) и согласился (согласилась).

Я одобрил(а) и принял(а) стоматологическое лечение, о котором мне / лицу, опекуном которого я являюсь, было сказано и согласовано мной во время планирования лечения, как указано выше.

Меня подробно проинформировали о правах и обязанностях пациентов, правах и обязанностях врачей.

После того, как я соглашусь на лечение, я разрешаю использовать рентгенографию, фотографии, видео и другие документы, принадлежащие мне/моему опекуну, в качестве анонимных данных в исследованиях в образовательных и/или научных целях. Разрешение на передачу моих персональных данных третьим лицам и учреждениям, включая государственные учреждения и организации……………………. (Напишите “я даю” или “Я не даю” своим почерком.)

………………………………………………………… Напишите своим почерком: “Я понял(а), что прочитал(а), я согласен(согласна)”.

Дата:……………………………..

Имя и фамилия пациента:…………………………………………

Законный представитель пациента (\* - Степень близости) Имя-фамилия:…………………………………………

Идентификационный номер T.C. : ………………………………………………….

Адрес : …………………………………………………………

Телефон : ………………………………………………………………

Подпись : ………………………………………………………………….

Имя и фамилия врача : ………………………………………………

Дата : ………………………………………………………………….

Подпись : ………………………………………………………………….

•Законный представитель: опекун для лиц, указанных в завещании, родители для несовершеннолетних, в случаях, когда они отсутствуют, родственники 1-й степени.(Укажите степень близости рядом с именем родственника пациента.)

ИЗМЕНЕНИЯ В ПЛАНЕ ЛЕЧЕНИЯ

…………….. были внесены изменения в план лечения, которые были внесены в его историю, как указано ниже.

ЗУБ

ДИАГНОЗ

ПЛАНОВОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Мой стоматолог объяснил, почему необходимо изменить лечение, связанные с этим риски, проблемы, которые могут возникнуть, альтернативные методы, изменения, которые могут произойти после лечения, вероятность успеха и события, которые могут возникнуть в процессе выздоровления.

Принять изменение плана лечения, указанного выше ………………….(Напишите “я согласен(согласна)” или “Я не согласен(не согласна)” своим почерком.)

Имя-фамилия Дата/время подписания

Пациент / законный представитель пациента (\*)

-степень близости

Врач, который проводит инструктаж

Переводчик (если используется)

•Законный представитель: опекун для лиц, указанных в завещании, родители для несовершеннолетних, в случаях, когда они отсутствуют, родственники 1-й степени. (Укажите степень близости рядом с именем родственника пациента)