

Информированное согласие на проведение ортопедического лечения

Доктор тщательно обследовал мои зубы и полость рта. Мне объяснили все существующие методы лечения моего состояния зубной системы. Я обсудил(а) с доктором все положительные и отрицательные моменты предложенных мне методов лечения. Мне понятен план, объем и цели лечения, возможные осложнения на этапах лечения и необходимость возможного дополнительного обследования, изменения сроков лечения, дополнительной оплаты. Я обязуюсь строго исполнять все рекомендации лечащего врача.

Я полностью информировал(а) врача о своем физическом и душевном здоровье (наличие у меня аллергических или необычных реакциях на лекарства, пищу, укусы насекомых, обезболивающие препараты, пыль, реакции десны и кожи, сопутствующих заболеваний).

Я даю разрешение доктору использовать любого ассистента данной клиники, участие которого в моем лечении он сочтет необходимым, а также приглашать для консультации других врачей клиники.

Я согласен с требованиями клиники, что оплата ортопедического лечения производится поэтапно с оплатой 30% от стоимости, на до лабораторном этапе.

Я получил(а) ответы на все мои вопросы и доверяю квалификации врача. На лечение согласен(а). С суммой и формой оплаты согласен(на).

Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридически значимым документом.

Я разрешаю доктору делать фотографии, рентгеновские снимки, модели, связанные с моим состоянием и лечебными процедурами, использовать их для научных или образовательных целей.

Пациент: _____ / _____ / Врач: _____ / _____ /

Дата: _____