

Информированное согласие родителя на стоматологическое лечение ребенка

стр. 1 (из 1)

Я, _____
_____ (ФИО одного из родителей),
доверяю провести стоматологическое лечение моему ребенку
(Ф.И.О. ребенка) _____

Специалистом ООО «Частная клиника» мне разъяснено и мною понято следующее:

1. Я получил(а) от сотрудников ООО «Частная клиника» полную информацию о возможности и условиях предоставления медицинских услуг. Даю свое согласие на оказание медицинских услуг моему ребенку, в рамках оговоренного и подписанного мною плана лечения.

2. Мне составлена и разъяснена полная смета на стоматологическое лечение моего ребенка. Я согласен оплатить заранее оговоренные медицинские услуги.

3. Мне понятен план лечения. Я ознакомлен(а) с его стоимостью. У меня была возможность задать все интересующие меня вопросы по технологиям лечения и по стоимости лечения. На свои вопросы я получил(а) исчерпывающие ответы.

4. Я осознаю, что любые медицинские процедуры и манипуляции имеют фактор риска. Обо всех рисках и негативных явлениях, а также о вероятности наступления осложнений меня проинформировали заранее.

5. Я ознакомлен(а) с положением об обязательном присутствии в ООО «Частная клиника» родителей или лиц, их замещающих, при проведении любых медицинских процедур моему ребенку.

6. Мне объяснили, и я понял, что в некоторых ситуациях может возникнуть необходимость подключить к лечению ребенка специалистов из других медицинских учреждений, а также направить пациента в другие медицинские учреждения для прохождения дальнейшего лечения. При возникновении подобных ситуаций ООО «Частная клиника» не может гарантировать оплату услуг специалистов и медицинских учреждений третьей стороны.

7. Я понимаю и даю свое согласие на изменение плана лечения в процессе прохождения лечения, если это будет сделано по медицинским показаниям и для блага моего ребенка. В таких ситуациях может потребоваться изменение стоимости медицинских услуг. Мне объяснили, и я понимаю, что при оказании любой медицинской помощи могут появляться обстоятельства, которые не всегда возможно спланировать до начала лечения.

8. Я доверяю врачу в выборе материалов. Я понимаю, что стоматологическое лечение — сложная биологическая процедура, результат которой не является однозначным. В процессе лечения каждого конкретного зуба может возникнуть необходимость эндодонтического лечения (удаления нерва и лечения корневых каналов) или удаления зуба, что усложняет ситуацию и увеличивает сроки и стоимость лечения.

9. Хотя эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Даже при успешном завершении эндодонтического лечения нельзя гарантировать, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем. Врач разъяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, а также последствия отказа от данного лечения.

10. Я понимаю необходимость рентгеновской диагностики и контроля качества лечения. В будущем обязуюсь приводить моего ребенка на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом и записанному в медицинской карте пациента).

11. Я понимаю, что в отдельных случаях может потребоваться ортодонтическое лечение (профилактика аномалий прикуса). Я проинформирован(а) о возможных осложнениях в полости рта, в области челюстей и височных суставов как в случае отказа от лечения, так и в случае его проведения. Я доверяю врачу в выборе ортодонтического аппарата. Я ознакомлен(а) с примерными сроками лечения, согласен с их возможным увеличением в силу индивидуальной реакции организма на процесс лечения. Я понимаю, что, несмотря на качественно проводимое лечение, соответствующее современным знаниям стоматологической науки, не исключены некоторые побочные явления и осложнения.

12. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов мой ребенок должен исполнять все назначения, рекомендации и советы специалистов ООО «Частная клиника».

13. Мне объяснили, и я понимаю, что применение современных профилактических средств и регулярные профилактические осмотры минимизируют риски развития кариеса и его осложнений, но не гарантируют абсолютной редукции возможности возникновения кариеса. Мне объяснили, и я понимаю, что применение аппаратов для профилактики нарушений прикуса минимизирует риски этих нарушений, но не гарантирует полной нормализации прикуса.

14. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение моему ребенку.

Подпись пациента _____
(расшифровка) _____

Дата «___» _____ 20 _____ г.

Подпись врача _____
(расшифровка) _____

Дата «___» _____ 20 _____ г.