

Информированное согласие на проведение лечения ребенка

Доктор тщательно обследовал зубы и полость рта Пациента. Мне объяснили все существующие методы лечения состояния полости рта ребенка. Я обсудил(а) с доктором все положительные и отрицательные моменты предложенных мне методов лечения ребенка.

Мне понятен план, объем и цели лечения, возможные осложнения на этапах лечения и необходимость возможного дополнительного обследования, изменения сроков лечения, дополнительной оплаты. Я обязуюсь обеспечить строгое выполнение всех рекомендаций лечащего врача ребенком.

Я понимаю, что, при лечении ребенка успешный результат лечения кариеса, осложненного кариеса не может быть гарантированным на 100%, что может потребоваться повторное лечение, корневых каналов или даже удаление зуба.

Я информирован(а), что при активном сопротивлении ребенка процессу лечения, врач не может гарантировать успешный результат и имеет право отказать в лечении.

Я полностью информировал(а) врача о физическом, душевном состоянии ребенка, наличии у него аллергических или необычных реакций на лекарственные средства, пищу, укусы насекомых, обезболивающие препараты, и о сопутствующих заболеваниях ребенка.

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

Я получил(а) ответы на все мои вопросы и доверяю квалификации врача.

На лечение ребенка согласен(а). С суммой и формой оплаты согласен(а).

Я внимательно ознакомился с данным дополнительным соглашением и информированным согласием и понимаю, что они являются юридически-значимыми документами.

Пациент _____/

Врач _____/