

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, душевном здоровье, наличии 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 получил(а) ответы на все мои вопросы и доверяю квалификации врача.

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

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

Пациент _____/

Врач _____/