

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВИТАЛЬНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ

1. Настоящее информированное согласие разработано во исполнение требований: статей 8, 9, 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»; пункта 14, 28 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (Утв. ПП РФ от 04.10.2012 года № 1006); ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

2. Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство**, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

проинформирован(а) о поставленном диагнозе _____

Лечащий врач информировал меня о возможности: либо удаления нервов из _____ зубов, либо их сохранения (витальное протезирование).

Я соглашаюсь с тем, что при витальном протезировании в дальнейшем возможно возникновение:

- пульпита. Обычно пульпит возникает на этапе временных коронок, в таком случае приходится проводить депульпирование зуба за дополнительную плату;
- повышенной чувствительности. Данная ситуация может сохраняться длительное время и, при моей непереносимости возникшей чувствительности, может потребоваться снятие ортопедической конструкции и депульпирование зуба(ов).

Я соглашаюсь, что при возникновении вышеуказанных явлений необходимо снятие протезов и депульпирование. При этом потребуются изготовление новой конструкции за дополнительную плату.

Мною заданы все вопросы о лечении и получены исчерпывающие ответы на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью мед карты и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на ортопедическое лечение на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____
(подпись врача) (ФИО полностью)

Дата «__» _____ 20__ г.