

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ

Я, _____
одержав (-ла) у **Амбулаторії ГТОВ «УСМІШКА» ЛТД** інформацію про характер мого (моєї дитини) _____
захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я ознайомлений (-а) з планом обстеження і лікування і даю на нього свою згоду, в т.ч. на визначені лікарем контрольні огляди, візити з метою професійної гігієни порожнини рота та інші візити до Амбулаторії, визначені моїм лікуючим лікарем як обов'язкові. Отримав (-ла) в повному обсязі роз'яснення про характер, мету, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Після розпочатого лікування зобов'язуюсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стан здоров'я дитини). Я проінформований (-а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Я також розумію, що більшість стоматологічних маніпуляцій під час лікування проводиться із застосуванням знеболення, тому я заздалегідь даю свою згоду на застосування наступних видів анестезії залежно від показів до її проведення:

- Інфільтраційна анестезія;
- Провідникова анестезія;
- Аплікаційна анестезія;
- Внутрішньовенна анестезія.

Мені надали в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Я мав (-ла) можливість ставити будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та одержав (-ла) на них відповіді.

Інформацію надав лікар _____ / _____ «__» _____ 20__ року
ПІБ підпис лікаря

Я, _____ / _____, згодний (-а) із запропонованим планом лікування.
ПІБ підпис пацієнта

«__» _____ 20__ року