

Згода на лікування дитини

Я, _____ - мати (батько, опікун, піклувальник) дитини _____, _____ року народження (далі – дитина), як особа, що за законом представляє інтереси цієї неповнолітньої особи, даю усвідомлену згоду на здійснення їй медичних стоматологічних втручань в **Амбулаторії ГТОВ «Усмішка» ЛТД**, визначених планом лікування, а саме:

_____.

Я підтверджую, що під час консультації мені повно та доступно пояснено мету запропонованих досліджень та лікувальних заходів, попереджено про стан здоров'я дитини, про всі ризики та можливі ускладнення запланованих медичних втручань. Отримавши повну та доступну інформацію про медичні втручання та порядок надання стоматологічних послуг, я мав (-ла) час та можливість все обміркувати, порадитися із іншими особами (родичами, спеціалістами тощо) та прийняв усвідомлено рішення погодитися на запропонований лікуючим лікарем план лікування дитини.

Я розумію, що не тільки постійні, а й молочні (тимчасові) зуби відіграють важливу роль у формуванні та функціонуванні зубо-щелепної системи дитини. Невилікувані молочні (тимчасові) зуби можуть впливати на зачатки постійних, викликати в них захворювання та пороки розвитку, практично до загибелі постійного зуба.

З метою збереження зуба проводиться медичне втручання, як у самій каріозній порожнині, так і з її пломбуванням, а при необхідності, й корневих каналах (ендодонтичне лікування).

Успіх ендодонтичного лікування залежить не тільки від якості роботи лікаря, стоматологічних матеріалів, препаратів, а й від стану здоров'я, імунітету пацієнта, а тому результат не завжди може бути прогнозованим.

Своїм підписом я погоджую запропонований лікуючим лікарем план лікування дитини, лікувальні засоби та медичні матеріали. Я погоджуюся з тим, що в процесі лікування дитини, при необхідності, лікар може самостійно змінити рішення обрану тактику (план) лікування відносно того чи іншого зуба з метою формування у майбутньому повноцінних постійних зубів.

Текст цього документу мною прочитано та своїм підписом я підтверджую, що повністю погоджуюсь зі всім, що в ньому зазначено. Я розумію, що ця згода є юридичним документом і тягне для мене правові наслідки.

Цей документ є невід'ємною частиною медичної карти стоматологічного хворого.

Підпис матері (батька, опікуна) дитини _____ / _____ /
(підпис) (П.І.Б.)

Цей документ прочитано та підписано пацієнтом _____
у моїй присутності.

Лікуючий лікар _____ / _____
(підпис) (П.І.Б.)

« ____ » _____ 20__ р.

