

БШЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

«Артадент»

Юридический адрес: 108801,г.Москва,Поселение Сосенское ,ул.Александры Монаховой ,д.109,корп.3,1 этаж,2 подъезд,помещение 21

Фактический адрес: 108801,г.Москва,Поселение Сосенское ,ул.Александры Монаховой ,д.109,корп.3, помещение 3/1
Тел.:8-495-991-28-92, 8-985-991-28-92 e-mail: art-a-dent@mail.ru ИНН/КПП 7751041557/775101001 ОГРН 1177746352629

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТОЯННОГО ЗУБА

Подписывая данный документ, я, _____, добровольно даю свое согласие на проведение мне лечения постоянного зуба. Я ознакомлен(а) и мне понятна информация о предложенном мне плане и длительности лечения, представляющего комплекс необходимых **терапевтических, хирургических, ортопедических, пародонтологических, стоматологических, физиотерапевтических воздействий на челюстно-лицевую область и весь организм в целом.** Мне объяснено, что я могу дать свое согласие на их проведение с последующим соблюдением всех рекомендаций врача или отказаться от лечения. Я предупрежден(а) и мне понятно, что последствиями моего отказа от комплекса лечебных и профилактических мероприятий могут стать развитие инфекционных осложнений, потеря зуба, **необратимые последствия для здоровья и жизни.**

Перед началом лечения я ознакомил(а) врача со всеми перенесенными и хроническими заболеваниями, аллергическими реакциями, оперативными и парентеральными вмешательствами, датой последних рентгенологических обследований, о чем свидетельствует моя подпись в истории болезни.

Я понимаю, что это лечение является возможностью сохранить постоянный зуб, но не гарантией от его удаления из-за особенностей кариозного процесса, наличием осложнения, моего общесоматического здоровья.

Я получил(а) и обязуюсь выполнять рекомендации врача, касающуюся особенностей гигиены полости, режима и рациона питания, выполнения назначенных процедур, кратности визитов к врачу.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы.

Я проинформирован(на), что проведение местной анестезии связано с риском развития осложнений (временное ограничение открывания рта, развитие аллергических реакций) и тем не менее я даю согласие на ее проведение.

Я внимательно ознакомился(ознакомлена) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны. Добровольно даю свое согласие на проведение мне лечения постоянного зуба.

Подпись пациента:

Номер зуб

Дата:

Подпись врача