

**Информированное добровольное согласие
на условное лечение зуба**

г.Москва

ДатаЗаключенияДоговора

Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах пациента действует его представитель

Я, ЗаконныйПредставитель ,
(Ф.И.О. представителя пациента)

выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента

ФамилияИмяОтчествоПациента
(Ф.И.О. пациента)

настоящим подтверждаю, что в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о том, что моему ребенку по результатам клинического обследования (осмотр, зондирование, перкуссия, зондирование и дополнительного метода исследования рентгенологический снимок) врачом поставлен диагноз физиологическая или патологическая резорбция корня/корней, в связи чем прогноз зуба является неудовлетворительным.

Я предупрежден(а) о необходимости проведения удаления зуба при возникновении жалоб (боль при накусывании, отек, повышение температуры)

Я преупрежден(а), что при проведении преждевременного удаления зуба _____ необходимо поставить на место удаленного зуба ортодонтический аппарат, удерживающий место удаленного зуба «Петля-кольцо».

Я предупрежден(а) о возможных осложнениях в случае согласия на проведение условного лечения, а именно возможный перелом коронковой части зуба, скол реставрации, отек, удаление, обострение.

Я проинформирован(а) о том, что на данное лечение гарантийное обслуживание не распространяется.

Так же я предупрежден о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенной процедуры.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне (представляемому) данного медицинского вмешательства врачом ООО «СТОМСТУДИЯ».

Подпись представителя: _____ / _____
(подпись представителя ребенка) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____
(подпись врача) (расшифровка подписи)