

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Этот документ составлен в соответствии с Основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан» и Федеральным законом «О защите прав потребителей»

Я, _____, получил(а) в доступной для меня форме информацию о том, что мною предоставленная ниже информация является крайне важной для того, чтобы обеспечить меня стоматологическим лечением в соответствии с общим состоянием моего здоровья. Что точность и аккуратность заполнения анкеты необходимы для безопасности моего здоровья и эффективности проводимого мне стоматологического лечения. Неправильная информация может повредить моему здоровью.

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ (отметить ДА или НЕТ):

Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением других врачей

Да Нет

Если да, то по какой причине _____

Принимаете ли Вы в настоящее время какие-нибудь лекарственные препараты

Да Нет

Если да, то перечислите их названия

	Имеются ли у Вас в настоящее время или имелись ранее следующие заболевания или патологические состояния:	Да	Нет
1	Ревматизм, ревматические поражения сердца, шумы в сердце, врожденные пороки сердца	Да	Нет
2	Инфаркт миокарда, стенокардия, аритмия, хирургические операции на сердце, установлены регуляторы сердечного ритма	Да	Нет
3	Аллергия на антибиотики, сульфаниламидные, болеутоляющие, местные анестетики, другие лекарственные препараты, бытовые или пищевые аллергены	Да	Нет
4	Паралич, парез, конвульсии, потери сознания, обмороки	Да	Нет
5	Повышенное/пониженное кровяное давление	Да	Нет
6	Венерические заболевания или СПИД	Да	Нет
7	Сахарный диабет	Да	Нет
8	Гемофилия, повышенная кровоточивость, анемия	Да	Нет
9	Травмы головы или шеи (указать год _____)	Да	Нет
10	Переломы костей лицевого скелета	Да	Нет
11	Беременность для женщин (указать срок _____)	Да	Нет
12	Заболевания органов дыхания (астма, туберкулез, хронический бронхит)	Да	Нет
13	Онкологические заболевания, химио- или радиотерапия	Да	Нет
14	Гепатит, желтуха, заболевания печени	Да	Нет
15	Переливания крови	Да	Нет
16	Лечение височно-нижнечелюстного сустава	Да	Нет
17	Добавьте то, что Вы считаете необходимым?		

Я ОТВЕТИЛ(А) НА ВСЕ ВОПРОСЫ ТОЧНО И АККУРАТНО. Пациент: Ф.И.О. _____ подпись

Я разрешаю своему лечащему врачу делать фотоснимки, направлять меня на прицельные рентген-снимки, оргопантомографию, консультацию других врачей-стоматологов и врачей общего профиля, любые другие диагностические мероприятия необходимые, по его мнению, для полного представления о состоянии моего здоровья, наличия у меня стоматологических заболеваний, и их диагнозе, и вероятном прогнозе их дальнейшего развития при отсутствии лечения, возможных методах лечения, имеющихся у меня стоматологических заболеваний, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Я предупрежден(а) о возможных побочных действиях некоторых диагностических мероприятий (рентгенологическом обследовании, электроодонтодиагностике, анализе крови и т.д.)

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, имеющим юридическую силу и дающему моему лечащему врачу право проводить и назначать меня на необходимые диагностические мероприятия.

Подпись пациента _____ « » _____ 200 г.