

**МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР
ТОВ «МЕРЕЖА ЕСТЕТИЧНИХ КЛІНІК
«АКУЛА»»**

Медична карта №

Інформована згода на лікування дитини

Я, _____ - мати /батько /опікун
дитини _____, _____ р.н.,
як особа, що за законом представляє інтереси цієї малолітньої особи, даю усвідомлену згоду на здійснення
щодо неї стоматологічних втручань, визначених планом лікування:

Діагноз (заповнюється лікарем): _____

Лікування буде проводити **лікар-стоматолог дитячий** _____

У мене немає недовіри чи сумнівів щодо кваліфікації та намірів лікаря, який буде проводити втручання.

Своїм підписом я підтверджую, що до початку лікування мені у повністю зрозумілому та доступному вигляді
була надана інформація стосовно стану здоров'я моєї дитини, поставленого діагнозу, можливого прогнозу,
найбільш ефективних методів лікування, а також ризиків і ускладнень запланованих медичних втручань.

Я повністю зрозумів (ла) мету та характер медичних втручань, їх лікувальний та естетичний ефект. Я мав (ла)
можливість поставити всі питання, що мене цікавили, та отримати на них повні, зрозумілі для мене відповіді.

Зі мною узгоджені:

1. Індивідуальний рекомендований план лікування дитини та підготовка до нього. Мене також повідомлено про можливість уточнення діагнозу та плану лікування в процесі лікування.
2. Методи та способи запропонованого лікування, а також стоматологічні матеріали та лікувальні засоби, що будуть використовуватися в процесі лікування.
3. Вартість окремих етапів та лікування в цілому. Я розумію, що під час та після лікування стан здоров'я моєї дитини може змінюватися, тому, за розсудом лікаря, для досягнення сприятливого результату може бути призначена додаткова чи альтернативна терапія, а також додаткові дослідження та процедури (рентгенологічне обстеження, направлення на алергопроби тощо). Про зміни вартості лікування лікар повідомить мене додатково.
4. Строки проведення лікування. Мене також попереджено, що строки лікування можуть бути продовжені у випадку нерегулярного відвідування, невиконання рекомендацій лікаря або через біологічні особливості стану тканин ротової порожнини.

Я повністю усвідомлюю та погоджуюсь з наступним:

1. Стоматологічне лікування є втручанням в унікальну біологічну систему організму людини, в якому всі процеси протікають індивідуально, та, як будь-яке медичне втручання, не може мати стовідсоткової гарантії на успіх, навіть при ідеальному виконанні всіх етапів лікування. Іноді також можливі відхилення від затвердженого плану лікування у вигляді позапланових маніпуляцій та / або зміни строків лікування.
2. Мені не можуть бути надані стовідсоткові гарантії щодо успішності результатів лікування, однак я розумію необхідність лікування даного захворювання. Мені гарантоване проведення лікування фахівцем відповідної кваліфікації, застосуванням їм якісних матеріалів і інструментів з дотриманням відповідних методик і правил санітарно-епідеміологічного режиму.
3. Мене повідомлено про альтернативні методи лікування та можливі ускладнення під час та після лікування.

4. Я усвідомлюю, що успішність лікування залежить, зокрема, від психологічної налаштованості дитини на лікування та її спокійної поведінки на прийомі у лікаря. Якщо дитина веде себе неспокійно (крутиться, закриває рота, розмовляє та кричить під час маніпуляцій в порожнині рота), то лікування за таких умов може не дати очікуваних результатів.
5. Умовою ефективного лікування є виконання плану індивідуальних профілактичних заходів, що рекомендовані лікарем. Я зобов'язуюся проконтролювати, щоб дитина виконувала всі рекомендації лікуючого лікаря та здійснювала необхідні гігієнічні заходи.
6. Я розумію необхідність рентгенологічного обстеження з метою контролю за наявністю зачатків постійних зубів і своєчасного виявлення прихованих каріозних порожнин і запальних процесів в періапикальних тканинах.
7. Я згоден з'являтися (приводити мою дитину) на профілактичні огляди з періодичністю _____ для контролю процесу лікування.
8. Я погоджуюся на тип анестезії за вибором лікаря. Я проінформований (на) про можливі ускладнення під час анестезії та при прийомі анальгетиків і антибіотиків. Я надав (ла) лікарю всю відому мені інформацію щодо стану здоров'я моєї дитини, наявних захворювань відповідно до анкети пацієнта та повідомив (ла) про всі алергічні реакції на медичні препарати та анестетики, що мали місце.
9. У випадку виникнення непередбачуваних ситуацій чи ускладнень під час медичних втручань я заздалегідь даю згоду на застосування всіх необхідних можливих заходів з їх усунення, якщо це не нашкодить здоров'ю моєї дитини.
10. Я маю право відмовитися від запропонованого лікування на будь-якому етапі його здійснення. Мені роз'яснені всі можливі наслідки такої відмови при наявному захворюванні і його можливе прогресування при незавершеному лікуванні. Я усвідомлюю, що у випадку відмови від завершення лікування в Центрі лікар не несе відповідальності за подальші результати лікування.

Я даю згоду на фотографування та/або відеозйомку обличчя та ротової порожнини моєї дитини до, під час та після лікування. Я розумію, що це необхідно для здійснення діагностично-лікувального процесу та контролю перебігу захворювання. Ці матеріали та медична карта є власністю Центру та можуть бути опубліковані в медичній літературі або продемонстровані для медичного навчання без ідентифікації особистості.

Я даю згоду на обробку та внесення до локальної інформаційної системи Центру персональних даних (моїх та дитини), у т.ч. щодо стану здоров'я, діагнозів, призначеного лікування, його перебігу.

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