стоматологический центр
КЛИНИКА ИН
раз и навсегда!

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение первичной консультации и стоматологического обследования

Я, _____

добровольно обратился в ООО «Клиника ИН» за стоматологической помощью. Я достоверно заполнил Анкету пациента, ознакомился и подписал Договор об оказании стоматологических услуг. Я понимаю, что от достоверности предоставленных данных может зависеть результат стоматологического лечения.

Меня проинформировали о том, что для правильной подготовки, планирования и проведения стоматологического лечения необходимы диагностика и обследование, что является задачей первичной консультации.

Стоимость первичной консультации стоматолога-терапевта, стоматолога-хирурга, стоматолога-ортопеда, ортодонта, гигиениста, имплантолога ООО «Клиника ИН» - 2 000 рублей

Стоимость консультации главного врача ООО «Клиника ИН», стоматолога-хирурга, имплантолога Васильева С. Ю. – 4 000 рублей

Максимальная продолжительность консультации – 60 минут.

При проведении какого-либо лечения в первый прием (например, профессиональной гигиены, удаления зуба, лечения кариеса и т. д., консультация не оплачивается)

Во время консультации врач-стоматолог проводит визуальный и инструментальный осмотр полости рта, в ходе которого могут быть неприятные ощущения и дискомфорт, связанные с диагностикой болевого синдрома.

Я даю своё согласие на осмотр полости рта, проведение необходимой визуальной и инструментальной диагностики полости рта ☐

В некоторых случаях точная диагностика требует снятия ранее установленных временных или постоянных протетических конструкций, пломб, вкладок, реставраций и т. д. Протетические конструкции, вкладки и реставрации будут установлены на своё место после завершения диагностики, если позволит их состояние.

Я разрешаю снятие зубных протезов, коронок, пломб, реставраций, если того требует точная диагностика, о чем меня проинформировал врач-стоматолог ☐

Фотопротокол (фотографирование зубных рядов и полости рта в различных ракурсах) является неотъемлемой частью современной стоматологической диагностики, позволяет зафиксировать исходную клиническую ситуацию, визуально обозначить имеющиеся стоматологические проблемы и т. д.

Я даю своё согласие на проведение фотографирования зубных рядов и полости рта для стоматологической диагностики ☐

Для дополнительной диагностики может потребоваться рентгенологическое обследование, выполняемое с помощью цифровой рентгеновской аппаратуры. Врач-стоматолог проинформировал меня о необходимости рентгенологического обследования, показаниях и противопоказаниях к рентгенодиагностике, о лучевой нагрузке во время исследования и предпринимаемых мерах защиты, а также о последствиях отказа от этой диагностической процедуры.
Рентгенологическая диагностика оплачивается отдельно согласно действующему в ООО «Клиника ИН» прейскуранту.

Я даю своё согласие на проведение стоматологической рентгенологической диагностики: КЛКТ, ОПТГ, ТРГ или радиовизиографии ☐

Я внимательно ознакомился (лась) с данным информированным добровольным согласием и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты. Я подтверждаю своё согласие на проведение первичной стоматологической консультации и необходимого диагностического обследования.

Подпись пациента ☐ **Дата:** ☐