

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
Система менеджмента качества		Версия: 1	Страница: 2 из 2

8. Я предупрежден(а) о том, что несоблюдение назначений и рекомендаций врача, режима приема назначенных лекарственных препаратов, неявка в назначенное лечащим врачом время на очередной этап лечения и последующие профилактические осмотры, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

9. Я извещен(а) о негативных последствиях, которые могут возникнуть в случае моего полного или частичного отказа от лечения или при моем самостоятельном прерывании реализации согласованного со мной индивидуального плана стоматологического лечения.

10. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен (согласна) с тем, что никто не может предсказать стабильность достигнутых результатов в долгосрочной перспективе (в случае существенного изменения состояния моего здоровья и прочих обстоятельств). Я понимаю, что мне гарантировано, что все необходимые и согласованные со мной манипуляции будут выполнены в соответствии с существующими стандартами и требованиями. Я полагаю, что в моих интересах приступить к предложенному методу стоматологического лечения.

11. Я имел(а) возможность задать и мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы относительно состояния моего здоровья, заболевания и лечения. Понимаю, что для достижения необходимого результата требуется длительное высококвалифицированное лечение. Я получил(а) удовлетворяющие меня ответы и разъяснения.

12. До моего сведения доведено, что планируемое лечение не связано с устранением непосредственной угрозы для жизни. С другой стороны, мне понятно, что длительное откладывание или отказ от лечения может привести к дальнейшему прогрессированию заболевания, повлиять на височно-нижнечелюстные суставы и ткани, окружающие зубы, что в итоге неблагоприятно повлияет на мое здоровье и ухудшит качество жизни. Поэтому, осознавая все вышесказанное, я доверяю медперсоналу «ЛПТ» и обращаюсь с просьбой начать стоматологическое лечение.

Согласен (согласна) на проведение обследования и лечения в предложенном объеме.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, имеющим юридическую силу, дающую лечащему врачу право начать мое лечение.

«__» _____ 20__ года

Пациент Ф.И.О. _____

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Версия: 1	Страница: 1 из 2

«УТВЕРЖДАЮ»
 Руководитель
 ГКП на ПХВ «Ленгерская городская поликлиника»
 УЗ Туркестанской области
 Чалкарон А.Б.
 04.08.2014 года



Информированное согласие на проведение профилактических прививок

Я _____
 (Ф.И.О. (при его наличии) прививаемого лица или родителя (законного представителя) несовершеннолетнего)

Даю согласие на получение профилактической прививки:

 (наименование вакцины или других иммунологических лекарственных препаратов (иммунобиологических лекарственных препаратов))

 (Ф.И.О. (при его наличии), дата рождения лица, которому вводится вакцина или другие иммунологические лекарственные препараты (иммунобиологические лекарственные препараты))

и подтверждаю, что проинформирован(а) о важности проведения профилактической прививки, возможных реакциях и неблагоприятных проявлениях на вакцину, необходимости своевременного обращения в организацию здравоохранения при развитии любых неблагоприятных проявлений после иммунизации, вызывающих беспокойство, а также о последствиях отказа от профилактических прививок.

Дата « ____ » _____ 20 ____ года Подпись _____
 (прививаемого лица или родителя (законного представителя) несовершеннолетнего)