

ПОДАРИТЕ ДЕТЯМ УЛЫБКУ
Ограниченные отношения между доктором и пациентом
(GIVE KIDS A SMILE; Limited Doctor/Patient Relationship - RUSSIAN)

СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ
(CONSENT TO TREATMENT)

Я, _____, признаю, что доктор _____ проводит лечение/осмотр моего ребенка сегодня, в день «Подарите детям улыбку», по моей просьбе. Я осознаю, что отношения моего ребенка с дантистом ограничены сегодняшним приемом моего ребенка. Я понимаю, что доктор _____ не является дантистом моего ребенка, а мой ребенок не является пациентом данного доктора.

Я подтверждаю, что дантист не несет перед моим ребенком обязанностей по лечению каких бы то ни было стоматологических заболеваний моего ребенка и что по причине ограниченности времени или характера возможного стоматологического заболевания моего ребенка, мой ребенок сегодня не сможет получить стоматологическую помощь во всем требуемом объеме.

Я понимаю, что если дантист порекомендует дальнейшее лечение для моего ребенка, на мне лежит обязанность постоянного дантиста, отдела здравоохранения или, в случае необходимости, отделения помощи больницы.

Я предоставляю Стоматологической Ассоциации Миннесоты и ее представителям право использовать фотографии, запись голоса и другие варианты воспроизведения физического подобия меня и моего ребенка в связи с рекламой и публикациями, относящимися к программе дня «Подарите детям улыбку» и ее деятельности во всех проявлениях на неограниченный срок.

Я прочитал (а) или мне прочли все вышеизложенное и я понимаю и соглашаюсь с вышеизложенным, и на основании всех упомянутых выше условий настоящим я даю свое согласие на лечение своего ребенка.

Имя пациента (печатными буквами, пожалуйста) _____
(Patient Name (please print))

Подпись родителя или официального опекуна _____
(Parent or Legal Guardian Signature)

Свидетель _____
(Witness)

Подпись доктора _____
(Doctor Signature)

Дата _____
(Date)