

Додаток 3
до Порядку надання
спеціалізованої медичної
допомоги з застосуванням
методу остеοінтеґративного
протезування
(пункт 6 розділу ІІІ)

Рішення

про проведення втручання з використанням методу остеοінтеґративного протезування

Комісія по вирішенню питання щодо проведення втручання з використанням методу остеοінтеґративного протезування у складі: _____
(прізвища, власні імена, по батькові (за наявності) та посади лікарів, що беруть участь у консилиумі лікарів)

прийняла рішення про проведення пацієнту: _____

втручання з використанням методу остеοінтеґративного протезування.

Запропоновано _____ вид
остеοінтеґративного протезування.

Особливості передопераційної реабілітації: _____

(підпис пацієнта про ознайомлення)

Особливості післяопераційної реабілітації: _____

(підпис пацієнта про ознайомлення)

Вимоги до пацієнта по контролю свого стану протягом усього життя:

(підпис пацієнта про ознайомлення)

Особливості проходження пацієнтом медичних оглядів протягом усього життя: _____

_____		_____
_____		_____

		(підпис пацієнта про ознайомлення)
_____		_____
(найменування посади)	(підпис)	(Власне ім'я та ПРИЗВИЩЕ)
_____		_____
(найменування посади)	(підпис)	(Власне ім'я та ПРИЗВИЩЕ)
_____		_____
(найменування посади)	(підпис)	(Власне ім'я та ПРИЗВИЩЕ)
_____		_____
(найменування посади)	(підпис)	(Власне ім'я та ПРИЗВИЩЕ)
_____		_____
(найменування посади)	(підпис)	(Власне ім'я та ПРИЗВИЩЕ)
_____		_____
(найменування посади)	(підпис)	(Власне ім'я та ПРИЗВИЩЕ)
_____		_____
(найменування посади)	(підпис)	(Власне ім'я та ПРИЗВИЩЕ)

(ПІБ пацієнта)

(підпис пацієнта про ознайомлення)

Засідання проведено

« _____ » _____ 20__ року
