

## ميثاق المريض

### لديك الحق في :

- التعرف على اسم الطبيب والممرضة وغيرهم من الموظفين المسؤولين عن رعايتك .
- تحدث بصراحة مع طبيب أسنانك حول تشخيصك، والعلاج الموصوف لك، وتشخيص الأسنان واللثة وأي تعليمات مطلوبة لمتابعة الرعاية.
- طلب أن يقوم طبيب الأسنان بالتواصل معك باستخدام لغة قد تتوقع أن تفهمها بشكل معقول.
- أستلام طلبك بشكل تلقائي وسريع أينما سمحت الظروف بذلك .
- أن تكون على علم بأسباب عمل الفحوصات المختلفة وطرق العلاجات لك ومن هم الأشخاص الذين سوف يقومون بها.
- أن تكون على علم بطبيعة المخاطر الكامنة في أي إجراء علاجي كنت قد أعطيت موافقتك مسبقاً بتنفيذه.
- يمكنك تغيير رأيك حول أي إجراء وافقت عليه سابقاً ، ورفض العلاج ، وسوف نقوم بأعلامك بالعواقب الطبية الناجمة عن هذا القرار.
- توقع أن تكون جميع الاتصالات والمعلومات الخاصة بك والمتعلقة برعايتك في عيادات طب الأسنان سرية للغاية وأن تحترم خصوصيتك الشخصية .
- سوف نستمع إلى شكاويك ومقترحاتك ونقوم بالتعامل معها بكفاءة وفعالية .
- تطلب من خلال طبيب الأسنان الخاص بك رأي ثان من قبل طبيب أسنان آخر، تغيير طبيب الأسنان الخاص بك أو نقل رعايتك إلى عيادة أخرى .
- سيتم تقديم الرعاية والعلاج لك في بيئة آمنة .
- إدارة الألم بطرق سليمة وأمنة .
- أن تكون على علم بنتائج الرعاية، بما في ذلك أي نتائج غير متوقعة .

### وتقع على عاتقك بدورها المسؤوليات التاليه:

- التعاون واتباع الرعاية الموصوفة أو الموصى بها لك
- من قبل طبيب الأسنان الخاص بك، طالب طب الأسنان، ممرضة أو الموظفين المسؤولين عن الرعاية الخاصة بك .
- إخطار طبيب الأسنان أو طالب طب الأسنان أو الممرضة إذا كنت لا تفهم التشخيص أو العلاج المشخص لك.
- توفير معلومات دقيقه لمقدم الرعاية الصحية على حد علمك بحيث تتضمن حالتك الصحيه الحالية، الأمراض التي كنت تعاني منها في السابق، المستشفيات التي تراجع فيها او تعالج فيها ، والأدوية التي تستعملها وأية مسائل أخرى تتعلق بصحتك .
- احترام خصوصية وحقوق المرضى الآخرين.
- أحترام المواعيد، وإذا كنت غير قادر على الحضور لأي سبب من الأسباب، يجب إخطار العيادة أو الطالب أو طبيب الأسنان المشرف في غضون 24 ساعة .
- قبول العواقب الناجمة من رفضك للعلاج أو لعدم تتبع تعليمات العلاج والصيانة
- كن مهذباً في التعامل مع موظفي العيادة الذين هم هناك لمساعدتك
- قبول الالتزامات المالية المرتبطة برعاية الأسنان الخاصة بك

توقيع المريض :

التاريخ :