

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Я, _____

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет или недееспособных граждан:

Я, _____ (Ф.И.О. полностью) паспорт _____

Выдан _____ являюсь законным представителем (мать отец усыновитель опекун попечитель)
ребёнка: _____

(Ф.И.О. ребёнка полностью дата рождения)

до проведения стоматологического лечения, получил (а) от медицинских работников и врачей интересующую меня информацию о предстоящем лечении и даю информационное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) следующих видов медицинских вмешательств в клинике «МедПризвание»: опрос, анкетирование, сбор анамнеза и жалоб; осмотр, консультация; визуальное исследование полости рта; медицинская помощь по стоматологии; пункция тканей полости рта; пальпация органов полости рта; перкуссия; определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти; осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов; исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда; исследование зубодесневых карманов с помощью пародонтального зонда; антропометрические исследования; термодиагностика зуба; определение прикуса; определение вида смыкания зубных рядов с помощью лицевой дуги; определение степени патологической подвижности зубов; диагностическое обследование; снятие оттиска с челюстей; экснография ВНЧС; электроодонтометрия, рентгенография, компьютерная томография, ордонтопантограмма, пункция кисты полости рта, введение лекарственных средств в пародонтальный карман, инъекционное введение лекарственных средств и препаратов, фторирование, в т.ч. глубокое фторирование эмали зуба, герметизация фиссур, аппликация лекарственного препарата на слизистую оболочку полости рта, применение метода серебрения зуба, местное применение реминерализующих препаратов а области зубов, наложение девитализирующей пасты, определение индексов гигиены полости рта, витальное окрашивание твёрдых тканей зубов, определение пародонтальных индексов, определение вкусовой чувствительности, отсасывание слизи из ротоглотки, обучение гигиены полости рта и зубов, медицинские вмешательства, направленные на профилактику кариеса, все виды профессиональной гигиены полости рта, удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений, профессиональное отбеливание полости рта, наложение повязки в полости рта, гидроорошение при заболевании полости рта и зубов.

Я, также осознаю и согласен (на) с тем, что данные виды стоматологической медицинской помощи могут проводиться как под местной анестезией, так и с применением анестезиологического пособия, в т.ч. комбинированного ингаляционного наркоза (в т.ч. с применением ксенона).

Мне разъяснено, что применение её может привести к аллергическим, сосудистым реакциям организма: обмороку, шоку, снижению чувствительности, онемениям, невралгическими болям и постинъекционным гематомам (отёкам и «синякам»). Выбор анестезиологического пособия доверяю лечащему врачу, информировавшему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии.

Медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я также информирован(а) о возможных осложнениях, которые могут возникнуть в ходе операционного вмешательства вследствие особенностей анатомического строения организма, например: при удалении зубов верхней челюсти — перфорация верхнечелюстной пазухи, попадание инородного тела в верхнечелюстную пазуху, отлом бугра верхней челюсти. При удалении зубов нижней челюсти - нарушение чувствительности (онемение языка, подбородка, губ, крыла носа, дёсен). В ходе операции удаления зуба возможен раскол коронки, выпиливание корней бормашиной и боли в челюсти, припухание мягких тканей, ограничение открывания рта, в области углов рта могут быть трещины, возможно длительное заживление лунки удалённого зуба, гематомы («синяки»), кровотечение, отлом инструмента, повреждение соседних зубов, перелом челюсти, аллергические и другие реакции на применяемые медикаменты и др.

Я информирован(а), что несоблюдение рекомендаций врача, в т.ч. назначенного режима лечения, может снизить качество лечения, повлечь за собой невозможность его завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Мне известно, что объём оперативного вмешательства (его расширение и отказ от вмешательства) может быть определён лишь в ходе операции. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

Мне разъяснены лечащим врачом все варианты медицинского вмешательства.

Я предупрежден(а), что возникновение непредвиденных осложнений может привести к изменению диагноза, основного плана, сроков и стоимости лечения.

Обязуюсь сообщить врачу обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и в настоящее время. **Я**, поставил(а) в известность лечащего врача обо всех проблемах моего здоровья (*моего ребёнка, представляемого*), индивидуальной непереносимости лекарственных средств, о перенесённых травмах, операциях

Мне были объяснены все возможные исходы, риски и последствия проводимого лечения.

Я осведомлен(на) о возможных ожидаемых расходах за планируемое лечение и дополнительных издержках в процессе данного лечения, с прейскурантом цен данной медицинской организации ознакомлен(а).

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния здоровья, заболевания и лечения, и получил(а) на них исчерпывающие ответы врача.

Мне ясна важность передачи мной точной и достоверной информации о состоянии здоровья (*моего ребёнка, представляемого*), а также выполнения всех полученных от врача рекомендаций и назначений, касающихся лечения, необходимости немедленного сообщения врачу об ухудшении самочувствия, соблюдения гигиены полости рта и визитов к врачам для профилактических осмотров

в указанные ими сроки, согласования с врачом приёма любых не прописанных им лекарственных препаратов.

Мне даны разъяснения о том, что онемение мягких тканей может сохраняться несколько часов после проведения анестезии. В этот период (законным представителям необходимо контролировать действия ребёнка, недееспособного гражданина) нельзя прикусывать, пощипывать и проводить другие механические воздействия на ткани в области онемения, а также во избежание травмирования мягких тканей (прикусывание, ожог и т.д.) принимать пищу, горячие напитки до полного прекращения действия анестезии.

Мне известно, что только во время стоматологического вмешательства может быть окончательно определён объем лечения.

Мне понятен метод лечения, я согласен (а) с возможным расширением его объёма и изменениями в процессе вмешательства. Этот документ содержит информацию о возможных осложнениях, связанных с отказом от лечения.

Мне доступно разъяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенного лечения.

Я понял(а) риски и возможные осложнения при всех стоматологических вмешательствах.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов, я (мой несовершеннолетний ребёнок) должен исполнять все назначения, рекомендации и советы лечащего врача.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также информирован(а) о последствиях несвоевременного лечения.

Я имел (а) возможность задать врачу все интересующие вопросы о сути и условиях лечения и получил (а) на них исчерпывающие и полные ответы, разъяснения.

Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют, с основным планом лечения согласен(а).

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги.

Я внимательно ознакомился (ась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента и принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Содержание настоящего документа мною прочитано, оно полностью мне понятно, о чем я удостоверяю своей подписью.

Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в объёме, превышающем объем стандарта медицинской помощи.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего

здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Я согласен(на) на осмотр, проведение обследования и лечение меня (моего ребёнка, представляемого) в т.ч. с применением лекарственных средств и лекарственных препаратов медицинскими работниками Клиники.

Я информирован (а) о возможности и условиях получения бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, готов (а) и обязуюсь их оплатить.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы и получил (а) на них удовлетворительные ответы.

Я ознакомлен(а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мне понятны и добровольно даю своё согласие на обследование и лечение в данной медицинской организации. Настоящее согласие дано мной добровольно на весь срок действия Договора оказания стоматологических услуг.

Мне известно, что до начала медицинского вмешательства, а также на любом его этапе я могу отказаться от его проведения в письменной форме.

Медицинский работник разъяснил всю полную и достоверную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, дал ответы на все вопросы и расписался в моем присутствии.

Дата	ФИО подпись Пациента/ законного представителя Пациента	ФИО, должность, подпись медицинского работника