

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ЭСТЕТИЧЕСКУЮ РЕСТАВРАЦИЮ ЗУБА(ОВ)

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся информация о предстоящем медицинском вмешательстве и что я согласен (сна) с названными мне условиями его проведения

Я, {{пациент.фio_полное}}, {{пациент.дата_рождения_год}}

(ФИО полностью), года рождения

проживающий (ая) по адресу: {{пациент.адрес}}

{{% if пациент.представитель_имеется %}}

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

Я, {{пациент.представитель_фio}}

Паспорт: {{пациент.представитель_документ_номер}} выдан {{пациент.представитель_документ_выдал}}

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун — нужное подчеркнуть) ребенка или лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю:

{{пациент.фio_полное}}, {{пациент.дата_рождения_год}}

(ФИО ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

{{% else %}} {{% endif %}}

соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство по удалению молочного зуба моему ребенку будет проводить врач стоматолог-{{визит_на_прием.специализация}} {{визит_на_прием.специалист.фio_полное}} (далее по тексту врач).

(должность, ФИО)

Клиника вправе заменить врача предварительно уведомив меня об этом.

Оплата производится в день проведения медицинского вмешательства по прейскуранту Клиники.

Даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

№	Код по номенклатуре	Вид вмешательства/услуги	Количество
1			

Врач обосновал необходимость проведения эстетической реставрации.

Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом эстетической реставрации.

Я также ознакомлен(а) с возможными альтернативными вариантами эстетической реставрации: покрытие зуба металлокерамической коронкой, безметалловой керамикой, виниром, что предполагает массивную обработку коронкой части зуба. При эстетической реставрации прямым способом проводится восстановление утраченных зубных тканей за счет наложения светокомпозитного материала непосредственно на ткани зуба, полимеризация материала и тем самым восстановление коронковой части зуба.

Хотя предложенное мне (представляемому) лечение поможет сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что реставрация зубов – своего рода вмешательство в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов работ, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа, как если бы у человека выросли новые зубы.

Мне разъяснены осложнения, которые могут произойти в последующем во время пользования реставрированными зубами:

- частичный скол отреставрированной коронки;
- при реставрации витальных (живых) зубов может появиться чувствительность на температурные раздражители;
- изменение первоначального цвета реставрации;
- нарушение краевого прилегания пломбы в виде появления видимой границы между краем зуба и пломбой;
- полный отлом коронки реставрированного зуба.

Я понимаю и осознаю необходимость контрольных осмотров, согласованных с врачом и записанных в историю болезни.

Я понимаю обязательность тщательной гигиены полости рта (уход за зубами с помощью зубной щетки и пасты, а также за реставрированными зубами).

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Понимая сущность предложенного мне (представляемому) лечения в виде эстетической реставрации и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого результата с действительным результатом.

Мне сообщено и понятно, что одним из критериев эффективности оказания медицинских услуг является результат проведенного лечения, подтвержденный фотографиями и рентгенограммами до, после и в процессе лечения в соответствии с согласованным планом лечения, на что даю свое согласие.

Мне разъяснено, что в процессе манипуляции несовершеннолетнему пациенту, а также пациенту, страдающему расстройством аутистического спектра, возможны: приступы агрессии/паники, громкий крик, пациент может нанести вред себе и окружающим, проявить другие нестандартные поведенческие реакции.

В доступной для меня форме мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 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):

{{пациент.фио_полное}} , {{пациент.номер_телефона}}
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)
{{пациент.фио_полное}} , {{пациент.номер_телефона}}
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ {{пациент.представитель_фио}} {{пациент.фио_полное}} {{пациент.номер_телефона}}
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)
_____ {{визит_на_прием.специалист.фио_полное}}
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника).

Я подтверждаю, что:

Я информирован(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата (в случае назначения), бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего (представляемого) здоровья.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантийных сроках.

Мне понятно, и я осознаю, что результат лечения в каждом конкретном случае зависит не только от его качества, но и от реакции организма и общего состояния зубов.

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения.

Я даю согласие на фотографирование моего (представляемого) лица и зубных рядов при оказании мне (представляемому) медицинских услуг, понимая, что эти фотографии являются собственностью Клиники.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного, я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) медицинского вмешательства.

{{пациент.представитель_фио}} {{пациент.фио_полное}} _____
(Ф.И.О. пациента, представителя) (подпись)
{{визит_на_прием.специалист.фио_полное}} _____
(Ф.И.О. медицинского работника) (подпись)

{{документ.текущая_дата_дд_мм_ггг}} (дата оформления)