

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

(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.фио_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_фио}}

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.фио_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-терапевт {{пользователь_дто.специалист.фио}} {{пользователь_дто.специалист.специализация}} (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			

Мне разъяснено, что целью терапевтического лечения является лечение зубов с целью их сохранения.

Мне подробно разъяснены последствия отказа от терапевтического лечения:

- прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы (нерва) зуба и окружающей корня кости;
- развитие инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис);
- перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения;
- прогрессирование зубоальвеолярных деформаций;
- дальнейшее снижение эффективности жевания;
- ухудшение эстетики; нарушение функции речи;
- прогрессирование заболеваний пародонта (ткани, окружающие зуб);
- быстрая утрата оставшихся зубов;
- заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава;
- общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта;
- нейропатология; появление либо нарастание болевых ощущений;
- образование кисты;
- потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта.

Мне разъяснено, что при использовании терапевтического метода лечения имеется вероятность возникновения непредвиденных обстоятельств, в связи с тем, что специфика медицинской услуги предполагает вмешательство в биологические процессы, не контролируемые в 100% случаев волей человека и не изученные окончательно современной медицинской наукой.

Я уведомлен(а), что с учетом имеющейся у меня (представляемого) клинической ситуации перед началом лечения зубов показана профессиональная гигиена, целью которой является удаление микроорганизмов, находящихся на деснах, в зубном налете, зубном камне, в остатках пищи под зубными протезами (мостами) и нависающими краями пломб. Профессиональная гигиеническая чистка заключается в удалении над- и поддесневых твердых и мягких зубных отложений ультразвуком, ручными инструментами, пескоструйным аппаратом, вращающимися щетками с пастой. Гигиеническая чистка не исключает дальнейшего лечения у врача-пародонтолога, если имеются объективные медицинские показания, и может быть подготовительным этапом к этому лечению.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений: аллергические реакции организма на медикаментозные препараты; обморок, коллапс, шок; травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами; невралгиями и постинъекционными гематомами.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня (представляемого) заболеваниях.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского специалиста, участие которого в моем (представляемого) лечении будет необходимо. Я понимаю, что невозможно точно установить сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека, и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе оказания медицинской помощи.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего (представляемого) организма, стоимость повторного

лечения взимается на общих основаниях в полном объеме по прейскуранту Клиники.

Я информирован(а), что результат любого медицинского вмешательства в силу специфики медицинской услуги зависит от скоординированных с медицинскими работниками ответных действий с моей стороны, направленных на обеспечение безопасности в данном случае предполагаемого терапевтического лечения.

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)

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

(подпись) {{пользователь_дто.специалист.фио}}
(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 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 лица (представляемого) 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.фио_полное}}
(ФИО пациента) _____
(подпись)

{{пользователь_дто.специалист.фио}}
(ФИО медицинского работника) _____
(подпись)

{{документ.текущая_дата_дд_мм_ггг}} (дата оформления)