

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на осмотр и консультацию врача-стоматолога

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

Я _____ (ФИО пациента, либо законного представителя), соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство (осмотр, сбор анамнеза, диагностику и т.д., другое вмешательство: _____)

пациенту _____ (ФИО пациента, которого я представляю в силу закона, в
родительном падеже)

будет проводить врач-стоматолог _____

и другие врачи _____

Исполнителя.

В исключительных случаях (например, болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

Мне в доступной форме разъяснена и понятна информация о предстоящем медицинском вмешательстве. Я предоставляю имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья и соглашаюсь на проведение осмотра, фото и видеофиксацию состояния полости рта, манипуляции и исследования, включая рентгенологические, для получения максимально полной картины состояния зубочелюстной системы, диагностики и назначения нескольких вариантов лечения, для возможности врача согласовать их со мной.

Я понимаю, что для проведения комплексного стоматологического лечения пациенту рекомендовано:

- рентгенологическое обследование – ортопантограмма, компьютерная томограмма, телерентгенограмма.
- Проведение проф. гигиены полости рта.
- Получить консультацию: терапевта, имплантолога, пародонтолога, ортодонта, хирурга

Я в доступной и понятной мне форме проинформирован(а) врачом о результатах предварительного осмотра, получил(а) сведения о результатах диагностического исследования, наличии заболеваний, диагнозе и прогнозе, обоснование необходимости лечения, методах лечения, связанных с вмешательством рисках.

Мне сообщено о выявленной сопутствующей патологии:

Я информирован(а) о предполагаемом плане лечения, существующих методиках лечения, используемых лекарственных средствах; мною заданы все вопросы, необходимые для полного понимания сути и способов лечения, и получены на них исчерпывающие ответы.

Я осведомлен(а), что в процессе медицинского вмешательства может возникнуть необходимость изменения назначенного первоначально лечения из-за возникшей клинической необходимости, а также необходимость назначения дополнительных исследований и процедур, которые мне будет необходимо пройти в процессе лечения.

Мной получены и мне понятны рекомендации врача в период амбулаторного лечения о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях, явках на контрольные осмотры. Я понимаю, что невыполнение этих рекомендаций может привести к ухудшению моего здоровья, и снижению эффективности лечения по моей вине. Из-за этого клиника не сможет предоставить мне гарантии, и я не буду иметь в этом случае претензий к врачу и к клинике.

Мне разъяснено, кроме того, что лечебные процедуры могут быть прерваны врачом или отменены из-за их неадекватной плохой переносимости моим организмом, из-за недостаточной подготовленности организма к этим процедурам или при отсутствии положительного результата воздействия. По тем же причинам врачом могут быть заменены лекарственные средства.

При оказании стоматологической помощи гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику, обговоренному с доктором и записанному в медицинскую карту.

Я соглашаюсь на анестезию при лечении. Выбор метода и препаратов предоставляю врачу-стоматологу. Возможные осложнения под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, последующее затруднённое открывание рта, аллергические реакции.

При интенсивных болевых реакциях или воспалительных процессах на корнях зубов или в дёснах возможно назначение анальгетиков и/или антибиотиков. Возможные последствия приема анальгетиков и/или антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Я соглашаюсь на проведение рентгенологических исследований в процессе лечения и после него и предоставляю лечащему врачу выбор метода, количество и временные сроки для исследований.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования:

- ортопантограмма, прицельный пленочный снимок, компьютерная томограмма;
- консультация стоматолога(ов) и/или специалистов иного профиля.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден (а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Я понимаю, что гарантийные обязательства на все виды стоматологических услуг сохраняются только в случае соблюдения рекомендаций по проведению профессиональной гигиены полости рта. В случае невыполнения этих рекомендаций гарантия не сохраняется.

Необходимые условия для достижения положительного результата лечения:

- точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача,
- последовательное выполнение пациентом **всех рекомендаций, а также этапов и сроков** стоматологического лечения, рекомендованных врачом,
- соблюдение рекомендаций по проведению профессиональной гигиены полости рта.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является **свободным** и **добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

Пациент _____

Подпись _____

Врач _____

Подпись _____ Дата « ____ » _____ 20__ г.