ООО «Дентал Даймонд»

Приложение №1 к Договору на оказание платных медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

на стоматологическое лечение

Цель данного документа – предоставить Пациенту до подтверждения им согласия на проведение медицинских процедур полную информацию об особенностях данного вида медицинской услуги и возможных осложнениях, которые могут возникать при данном виде лечения.

В соответствии со ст.ст.20, 22 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

/ФИО Пациента, ФИО представителя ребенка/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

/года рождения/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

разъяснены сведения о состоянии моего здоровья и необходимый в связи с этим объем стоматологических услуг.

В связи с чем, Я даю добровольное согласие на проведение стоматологического лечения в объеме, предусмотренным Договором на оказание платных медицинских услуг и планом лечения.

Я даю добровольное согласие на проведение следующих стоматологических услуг:

- осмотр врачом;

- рентгенологическое исследование;

- терапевтическое стоматологическое лечение;

- ортодонтическое стоматологическое лечение;

- ортопедическое стоматологическое лечение;

- хирургическое стоматологическое лечение;

- иных медицинских (стоматологических) процедур, предусмотренных Договором.

Содержание и результаты медицинской услуги, возможные опасности и осложнения, а так же возможности альтернативных методов лечения мне полностью разъяснены Врачом и полностью мне понятны.

В том числе и нижеперечисленные:

- В случае возникновения во время обследования и проведения процедуры непредвиденных осложнений, угрожающих моему здоровью, даю согласие на изменение характера лечения включая отказ от его выполнения с последующим информированием об этом.

Я предупрежден /а/ о поведении в период амбулаторного лечения, мной получены и поняты рекомендации Врача о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях, явках на назначенные контрольные осмотры и исследования. Я понимаю, что невыполнение этих рекомендаций может привести к ухудшению моего здоровья и снижению эффективности лечения по моей вине. В связи с чем Исполнитель не сможет предоставить мне гарантий выздоровления и я не буду иметь в этом случае претензий к Исполнителю и Врачу.

Кроме того, мне разъяснено, что лечебные процедуры могут быть прерваны Врачом из-за их плохой непереносимости моим организмом, из-за недостаточной подготовленности моего организма к эти процедурам или отсутствия положительного результата воздействия. По тем же причинам Врачом могут быть заменены лекарственные препараты.

Я понимаю, что реакция моего организма на медицинское вмешательство непредсказуема и индивидуальна, и различные осложнения возможны.

Я ознакомлена с информацией, какие осложнения могут возникнуть в процессе лечения:

При терапевтическом приеме и после него:

- гематома после инъекции анестетика;

- постпломбировочные боли при надкусывании;

-появление отека мягких тканей или увеличение имевшегося отека после терапевтического вмешательства;

- необходимость послабляющего разреза после эндодонтического лечения зубов;

- необходимость удаления зуба в случае неэффективности терапевтических методов лечения;

- возникновение периодонтальных явлений и изменение регтгенологической картины после пломбировки каналов с плохой проходимостью или при наличии коллатеральных каналов;

- возможное попадание пломбировочного материала за верхушечное отверстие корня зуба, в периапикальные ткани, полости и каналы при эндодонтическом лечении зубов;

- отлом коронковой части зуба при циркулярном кариесе;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Подпись Пациента/Представителя ребенка/

- вероятность изменения цвета пломбы при употреблении в пищу в первые сутки после лечения продуктов, содержащих красящие вещества (кофе, свекла, вишня, красное вино…);

- возможность отлома эндодонтических инструментов в труднопроходимых каналах;

- при кишечно-желудочных заболеваниях возможно появление темной полосы между тканями зуба и пломбой;

- развитие осложненных форм кариеса (пульпит, периодонтит) после лечения глубокого кариеса.

При ортодонтическом приеме и после него:

- отеки слизистой оболочки рта, зуд, гиперемия, повышение кровоточивости десен;

- появление натертостей при съемном протезировании;

- рвотный рефлекс;

- ухудшение эстетического эффекта протезирования из-за отказа удалять зубы;

- аллергическая реакция на материалы съемных протезов;

- изменение дикции, вкусовых ощущений, а так же характера слюноотделения;

- плохая фиксация пластинчатых съемных протезов при выраженной атрофии алвеолярных гребней;

- переломы и сколы различных видов съемных протезов;

- возможная необходимость перебазирования съемного протеза из-за атрофии алвеолярного гребня после удаления зубов;

- асфиксия во время сна в случае не снятия полных съемных пластинчатых протезов перед сном;

- травматизация слизистой оболочки рта;

- плохая фиксация и стабилизация протезов;

- сколы облицовки постоянных протезов из-за неправильного использования;

- расцементировка при постоянной или временной фиксации;

- возможное изменение плана протезирования и, как следствие, стоимости работ при несостоятельности опорных зубов или изменении пожеланий Пациента;

- появление запаха изо рта и образование налета на пластинчатых, бюгельных и эластичных протезах из-за несоблюдения Пациентом гигиены полости рта;

- изменение сроков протезирования.

В ходе хирургического вмешательства и после него:

- гематома после инъекции анестетика;

- боли в месте инъекции до трех недель;

- луночковые боли после удаления зуба, развитие альвеолита, связанное с особенностями организма либо выполаскиванием из лунки кровяного сгустка;

- кровотечение из лунки или разреза;

- парестезия в области языка нижней губы;

- сообщение полости рта с гайморовой пазухой;

- гайморит;

- попадание корня зуба в гайморову пазуху;

-появление отека мягких тканей или увеличение имевшегося отека при хирургическом вмешательстве в период обострения;

- контрактура жевательных мышц после удаления зуба, боли при глотании.

При пародонтологическом приеме и после него:

- отек, гиперемия, боли, зуд, повышение температуры;

- гематомы в области инъекций;

- индивидуальная непереносимость назначенных медикаментозных средств;

- повторный воспалительный процесс пародонта вследствие неудовлетворительного гигиенического ухода за полостью рта;

- увеличение подвижности зубов;

- непрогнозируемый переход процесса из локализованной формы в генерализованную;

- другие виды осложнений.

Я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор методов и препаратов предоставляю лечащему Врачу лечащему Врачу. Я доверяю лечащему Врачу и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а так же обязуюсь выполнять любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные на них ответы мною поняты. Возможный риск предстоящей процедуры мною осознан.

Я понимаю, что никаких гарантий или обещаний относительно результатов лечения не может быть предоставлено, поскольку они зависят от физиологических особенностей организма конкретного пациента.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Подпись Пациента/Представителя ребенка/

Я знаю, что в моих интересах сообщить лечащему Врачу обо всех имеющихся у меня и известных мне проблемах со здоровьем, аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарств, о наличии у меня в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса), ВИЧ-инфекции, а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам.

Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, а так же сокрытие информации о состоянии моего здоровья может способствовать развитию местных и/или общих осложнений, а так же стать их причиной.

Я подтверждаю, что полный текст Информированного согласия пациента мною прочитан, понят смысл, понятно назначение данного документа.

Я так же имел /а/ возможность обсудить с Врачом все интересующие меня, в том числе и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания, лечения и последующего реабилитационного периода.

На все заданные вопросы я получил/а/ удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к Врачу.

Я даю согласие на медицинское вмешательство и лечение на предложенных условиях.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Подпись Пациента/Представителя ребенка/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Врач, ФИО, должность/

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г.