

Общество с ограниченной ответственностью «СВОИ ЛЮДИ»

Российская Федерация, Московская обл. г. Мытищи ИНН/КПП 5029179832/502901001 ОГРН 1135029010467
ул. Трудовая, дом 22, пом. VII тел. +(495) 587 27 07 тел.+7(917)551 25 52

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, другое вмешательство: _____) пациенту

(ФИО пациента, которого я представляю в силу закона, в родительном падеже) будет проводить врач-стоматолог _____ и другие врачи ООО "СВОИ ЛЮДИ". В исключительных случаях (например, болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника может заменить врача, уведомив меня об этом. Я даю согласие на привлечение к моему лечению других специалистов, в том числе врачей, не являющихся работниками Исполнителя (при необходимости).

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.

На самом первичном осмотре в кресле у стоматолога специалист проводит общий осмотр зубов, десен, слизистой, а также проводит оценку текущего состояния полости рта всеми доступными ему методами и инструментами: мануально, зонд, зеркало, водо-воздушный пистолет, интраоральная камера и т.д. Методы повторных осмотров будут отвечать целям этого приема у врача.

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

- Рентгенологическое обследование – прицельные снимки, ортопантограмма, компьютерная томограмма, исследование височно-нижнечелюстного сустава, телерентгенограмма.
- Провести профессиональную гигиену полости рта.
- Получить консультацию: терапевта, хирурга-имплантолога, пародонтолога, ортопеда, ортодонта, специалистов не стоматологического профиля,

Мне сообщено и понятно, что необходимым условием эффективного лечения является выполнение компьютерной томографии, в случае несоблюдения мною рекомендации по проведению КТ до лечения я лишая врачей возможности постановки правильного диагноза и выбора оптимальной тактики моего лечения.

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 предложено пройти в процессе лечения.

Во время физикального осмотра применяется зонд для обследования поверхности зуба и корней, а также зубная нить (флосс) для исследования боковых поверхностей зубов и состоятельности контактных пунктов, если ранее в стороннем лечебном учреждении Пациенту были установлены прямые композитные виниры/люминиры с нарушением протокола лечения, возможен их скол (потеря) с невозможностью коррекции (восстановления).

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 успешного лечения, 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 манипуляций, 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, не являющиеся дефектами оказания помощи: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, последующее затруднённое открывание рта, поломка иглы, боль при введении анестетика, недостаточное обезболивание, избыточное введение анестетика, повреждение анестезируемых тканей, образование гематом, инфицирование, некроз тканей, продолжительное нарушение чувствительности, локальное побледнение кожи, аллергические реакции, снижение внимания, анафилактический шок, коллапс.

При интенсивных болевых реакциях или воспалительных процессах на корнях зубов или в дёснах, при профилактике развития осложнений возможно назначение анальгетиков и/или антибиотиков; предполагаемые последствия приема лекарственных средств (в случае их назначения): аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергических реакций, предоставил(а) сведения о состоянии здоровья на момент подписания настоящего согласия и в прошлом, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о постоянно и периодически принимаемых лекарственных средствах (инъекциях, мазях, назальных/глазных каплях, пищевых добавках), назначенных врачами другого лечебного учреждения или принимаемых самостоятельно, об употреблении алкоголя, наркотических и иных токсических средств. Мне известно, что не предоставление информации о состоянии здоровья может повлиять на эффективность и результаты медицинского вмешательства, и я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Я предоставляю ООО "СВОИ ЛЮДИ" право вести фото- и видео- протокол манипуляций по выбору врача(ей), использовать, обрабатывать, хранить, дублировать, анализировать мои изображения, включая фотографии и рентгенологические снимки, срезы КТ на сайтах в сети Интернет, для научных публикаций и в программах обучения врачей при соблюдении анонимности (т.е. без указания Ф.И.О. пациента).

Я доверяю лечащему врачу и медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

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

Необходимые условия для достижения положительного результата лечения:

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

Срок проведения консультации с составлением предварительного плана лечения _____.

Я удостоверяю, что мной были заданы врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения удовлетворяют и понятны.

Дополнительно: _____

Я подтверждаю, что текст информированного согласия на медицинское вмешательство 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 _____ (ФИО пациента либо законного представителя)

_____ (подпись пациента либо законного представителя) « ____ » _____ 20 ____ г.

Врач _____ (_____) « ____ » _____ 20 ____ г.