

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗУБОВ

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

Я, _____

(фамилия, имя, отчество пациента)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____ паспорт: _____ выдан: _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения

до проведения терапевтического лечения зубов, получил (а) от медицинских работников и врача интересующую меня информацию о предстоящем лечении, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Врач, после диагностического обследования, обосновал необходимость проведения терапевтического лечения зубов и последствия отказа. Последствиями отказа от терапевтического лечения зубов могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений (как местных, так и общих), появление или нарастание болевых ощущений, потеря зубов, нарушение функции жевания и речеобразования, косметические дефекты. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае, будут иметь меньший клинический успех. Основными альтернативными методами являются: удаление пораженного зуба(ов) или отсутствие лечения, как такового. Врач объяснил, что для диагностики и последующего лечения кариеса зубов и его осложнений (воспаление и гибель сосудисто-нервного пучка в каналах зубов), может потребоваться проведение дополнительных диагностических мероприятий, а также рентгенологическое исследование.

В случае проведения обезболивания, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о применяемой анестезии. Кроме того, врач разъяснил необходимость проведения рентгенологического исследования (в т.ч. для диагностики и контроля качества лечения), объяснил цель и суть данной методики, а так же получил мое согласие на его проведение.

Мне объяснены принципы лечения зубов, которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: устранение факторов, обуславливающих процесс разрушения тканей зуба; предупреждение дальнейшего развития патологического кариозного процесса; сохранение и восстановление анатомической формы и функции зуба; предупреждение развития патологических процессов и осложнений;

Мне разъяснено, что в процессе препарирования зуба (удаления пораженных тканей с помощью бора), может измениться диагноз и тактика лечения.

Я поставлена в известность, что эндодонтическая терапия (лечение каналов зубов) имеет высокий процент клинического успеха, однако, как любая медицинская манипуляция, является вмешательством в биологический организм и существуют обстоятельства, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг, возможных осложнениях во время и после лечения, в том числе:

- имеется определенный процент (5-10 %) неудач эндодонтического лечения, и в дальнейшем может потребоваться: повторное лечение корневых каналов, проведение хирургических операций в области корней зубов (для устранения воспалительного процесса), удаление зуба.

- во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может разрушить (перфорировать) стенку корня зуба. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба в перспективе.

- при перелечивании (ранее леченных) корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения снижается, и зависит от возможности прохождения каналов на всю длину и воздействия на микроорганизмы внутри канала, в т.ч. безопасного и полного удаления старой корневой пломбы, штифта, вкладки;

- при лечении искривленных корневых каналов и каналов, имеющих анатомические особенности строения, процент поломки инструментов, перфораций и иных осложнений увеличивается.

- другие осложнения, требующие применения специального оборудования и методов лечения.

Врач объяснил, что после лечения корневых каналов, восстановление коронки зуба существует несколько методов: пломба; пломба со штифтом; пломба со штифтом, покрытые коронкой; культевая вкладка, покрытая коронкой. Однако, в подавляющем большинстве случаев (отсутствие твердых тканей зуба на 1/2 и более), для последующего сохранения зуба с восстановлением его функции и формы, используют ортопедические конструкции, состоящие из культевой вкладки и коронки. Игнорирование рекомендаций врача о способе сохранения зуба, отражается на качестве достигнутых результатов лечения и не позволяет определить прогноз лечения, срок службы пломбы и гарантировать сохранение самого зуба в дальнейшем.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы в понятной форме.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею. Я даю согласие ООО «Антарес» (ИНН1103017671) на проведение медицинского вмешательства «терапевтическое лечение зубов». Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Настоящее согласие дано мной и действует в течение срока хранения первичных медицинских документов. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

Пациент _____

Фамилия И. О пациента или законного представителя

подпись

Дата «___» _____ 20 __ г.

Информированное добровольное согласие на анестезиологическое пособие (местное обезболивание).

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____

(фамилия, имя, отчество пациента)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____ паспорт: _____ выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения

находясь на лечении в медицинской организации ООО «Антарес» (ИНН 1103017671), по моему добровольному желанию, прошу провести все необходимые мероприятия и манипуляции, способствующие достижению наиболее безболезненного проведения процедур, связанных с лечением моего стоматологического заболевания.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию для того, чтобы я ознакомился(ась) с предлагаемым способом обезболивания и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Мне было сообщено, что в ходе лечения будет применена анестезия, выбор которой проводит врач, при моем согласии. Мне разъяснено, что местная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Обезболивание проводится в области стоматологического вмешательства и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с введением анестезирующего вещества. Обезболивание действует местно, т.е. на определенный участок полости рта и близлежащие ткани, включая зубы. Местное обезболивание приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности тканей в зоне действия анестезии, а также к временному ощущению припухлости этой области и уменьшению подвижности.

Длительность эффекта может варьировать от 15 минут до нескольких часов, в зависимости от вида анестетика, способа его введения и индивидуальной восприимчивости организма.

Я ознакомлен(а) с сутью метода и действием применяемых лекарственных препаратов, с возможным изменением объема и тактики лечения, в случае изменения состояния моего здоровья, непереносимости мною тех или иных лекарственных препаратов.

Альтернативным методом местного обезболивания (анестезии) является отсутствие анестезии или проведение общего обезболивания (наркоз).

Последствиями отказа от данной процедуры, может быть невозможность качественного выполнения медицинских манипуляций из-за болезненности процедур, что является следствием проявления боли в момент проведения лечебных мероприятий, при этом, порог болевой чувствительности у каждого человека индивидуален.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске анестезии, включая вероятность возникновения осложнений в виде: аллергической реакции, потери сознания (обморок, коллапс), учащения сердцебиения, повышения артериального давления, травматизации нервных окончаний и сосудов (проявляющимися изменением чувствительности, небольшими кровоизлияниями в месте укола), тризма (ограниченное открывание рта) и т.п., которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше. Действие анестезии может быть затруднено при выраженном стрессе, при употреблении алкогольных или наркотических веществ, некоторых медикаментозных препаратов, индивидуальных особенностях организма.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Вся информация была донесена до меня в понятной и доступной форме. Я прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное и удовлетворен(а) ответами на мои вопросы.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею. Я даю согласие на анестезиологическое пособие (местное обезболивание).

Настоящее согласие дано мной и действует в течение срока хранения первичных медицинских документов. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

Пациент _____

Фамилия И. О пациента или законного представителя

подпись

Дата «___» _____ 20__ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____

(фамилия, имя, отчество пациента)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____ паспорт: _____ выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения

Настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован(а) о предстоящем лечении и согласен (согласна) на проведение профессиональной гигиены полости рта в ООО «Антарес» (ИНН 1103017671) с названными мне условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

Я, проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

Я проинформирован(а), что профессиональная гигиена полости рта является неотъемлемой частью курса лечения заболевания пародонта и профилактической процедурой, предотвращающей развитие кариеса.

Мне в доступной для меня форме даны разъяснения о целях и методах профессиональной гигиены, объяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риски, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

Я проинформирован(а), что последствиями отказа от процедуры могут быть: развитие и обострение имеющихся заболеваний пародонта, развитие кариеса зубов и его осложнений и связанная с этим потеря зубов.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства: дискомфорт, повышенная чувствительность зубов к химическим и термическим раздражителям; боль; отек (припухлость) десны и мягких тканей, гематома; кровотечение; натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием; во время проведения профессиональной гигиены с помощью ультразвука или Air-flow высока вероятность выпадения пломб с нарушением краевого прилегания в пришеечной области зубов; дефектных пломб; появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба.

Я предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

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.

Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения процедур; сроки проведения процедур.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на профессиональную гигиену полости рта мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют. Я даю согласие на проведение профессиональной гигиены полости рта.

Настоящее согласие дано мной и действует в течение срока хранения первичных медицинских документов. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

Я принимаю решение осуществить профессиональную гигиену полости рта на предложенных мне условиях.

Пациент _____

Фамилия И. О пациента или законного представителя

подпись

Дата «___» _____ 20 __ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____

(фамилия, имя, отчество пациента)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____ паспорт: _____ выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения

до проведения ортодонтического лечения получил (а) от врача информацию о предстоящем лечении, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Врач осмотрел полость рта и разъяснил (на основании данных диагностики) преимущества и сложности выбранного метода лечения.

1. Я был(а) проинформирован(а), что одним из основных факторов успешного лечения с применением ортодонтической аппаратуры, является хорошая гигиена полости рта. При несоблюдении правил гигиены полости рта возможно развитие воспалительных очагов инфекции в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба и мягкими тканями полости рта (кариес, изменение цвета (пигментация) эмали, воспаление тканей, окружающих зуб). Я предупрежден(а), что врач-ортодонт оставляет за собой право принятия решения о снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения при неудовлетворительной гигиене полости рта. Мне понятно, что зубы и слизистая оболочка полости рта должны быть санированы (вылечены) до начала лечения прикуса.

2. Я понимаю, что ортодонтическая аппаратура - это инородное тело в полости рта. Привыкание (период адаптации) к съемной ортодонтической конструкции требует терпения и времени, в среднем это длится 1,5 -2 месяца. В период адаптации, врач проводит коррекцию аппаратуры в местах наибольшего давления на поверхность слизистой оболочки полости рта.

3. Мне известно, что во время привыкания к ортодонтической аппаратуре может возникать нарушение речеобразования.

4. Мне было сообщено, что привыкание (период адаптации) к несъемной ортодонтической аппаратуре происходит в среднем в течение 10-14 дней. В это время могут возникать болевые ощущения в области верхней и/или нижней челюсти при пережевывании и откусывании пищи, натирание слизистой оболочки губы и щеки. После периода привыкания (адаптации) неприятные ощущения проходят. Я поставлен(а) в известность о том, что в течении 2 недель с момента фиксации брекет-системы, могу обратиться к своему доктору за бесплатной коррекцией (коррекция дуг, лигатур, наклейка сколовшегося брекета при его наличии и отсутствии деформации).

5. Мне известно, что при наличии заболеваний тканей, окружающих зуб, необходимо проводить дополнительное лечение. Данное лечение оплачивается отдельно от стоимости ортодонтического лечения.

6. Мне разъяснено, что необходимо производить активацию/коррекцию ортодонтической аппаратуры строго в сроки, указанные врачом. При нарушении данного правила, врач имеет право завершить лечение на данном этапе, без возмещения стоимости аппарата и/или лечения. Если в процессе ортодонтического лечения не выполнять рекомендации врача, срок лечения может удлиниться, а результаты лечения могут быть менее эффективными.

7. Я понимаю, что после окончания активного периода лечения, необходимо носить ретенционный аппарат в течение всего периода, достаточного для закрепления достигнутого результата лечения. Я предупреждена(а), что в противном случае может развиваться рецидив (в виде частичной или полной потери достигнутого результата), который не является гарантийным случаем.

8. Я понимаю и согласен(а), что не являются гарантийными случаями и должны оплачиваться отдельно: переломы, трещины ортодонтических конструкций, приваривание новых элементов ортодонтических аппаратов, повторная фиксация отдельных элементов.

9. При ортодонтическом лечении детей (в период их активного роста), требуется повторное изготовление ортодонтического аппарата. В этом случае, повторное изготовление аппарата оплачивается отдельно.

Я внимательно прочитал(а) все пункты и понимаю, что невозможно предугадать все вероятные последствия и осложнения, которые могут возникнуть в процессе лечения и после него, а также то, что преимущества предлагаемого лечения значительно превышают риски возможных осложнений.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые, в моем случае, будут иметь меньший клинический успех.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Вся информация была донесена до меня в понятной и доступной форме.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства. Я даю согласие ООО «Антарес» (ИНН 1103017671) на проведение медицинского вмешательства «ортодонтическое лечение».

Настоящее согласие дано мной и действует в течение срока хранения первичных медицинских документов. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

Пациент _____

Фамилия И. О пациента или законного представителя

подпись

Дата «__» _____ 20__ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ЗУБНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ)

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____

(фамилия, имя, отчество пациента)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____ паспорт: _____ выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения

до проведения ортопедического лечения (протезирования зубов), получил (а) от врача информацию о предстоящем лечении, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Врач обосновал необходимость проведения ортопедического лечения и ознакомил с наиболее рациональным планом протезирования и подготовительных мероприятий.

Меня также ознакомили с альтернативными вариантами лечения (в том числе отказом от протезирования) и их последствиями.

Последствиями отказа от протезирования зубов, могут быть: перелом зуба (при отказе от покрытия зуба коронкой или вкладкой, после проведенного эндодонтического лечения); прогрессирующее деформации десен и костной ткани (зубоальвеолярных деформаций); дальнейшее снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики; нарушение речеобразования; утрата зубов; прогрессирующее заболеваний тканей, окружающих зубы (в том числе, изменение положения зубов); заболевания жевательных мышц, височно-нижнечелюстного сустава, тройничного нерва; появление или обострение общесоматических заболеваний

Врач понятно объяснил необходимость строго следовать этапам протезирования, а также соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу. Эти условия необходимы для уменьшения вероятности переделки ортопедической конструкции.

Я поставлена в известность, что ортопедическое лечение поможет сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, протезирование зубов является, своего рода, вмешательством в биологический организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного аппарата (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается иволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии (снижении, уменьшении объема) десны, атрофии (нарушении питания, ведущее к изменению структуры) костной ткани челюсти, стираемости твердых тканей зубов. Поэтому, через какое-то время (которое зависит от скорости протекания вышеперечисленных иволютивных процессов) возникает необходимость коррекции, либо переделки зубных протезов.

Я проинформирован(а), что:

- при проведении местного обезболивания (анестезии), обработки (обтачивания) зубов, снятия слепков (оттисков), использования специальных материалов и препаратов, возможно проявление следующих реакций: аллергическая реакции (в т. ч. на используемые материалы), онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи. Данные симптомы проходят самостоятельно в период адаптации или подлежат коррекции врачом, а в отдельных случаях, устраняются с помощью кратковременного приема лекарственных препаратов, назначенных врачом.

- при наличии в полости рта металлических протезов, пломб из амальгамы, в связи с присутствием разнородных металлов, могут возникнуть: чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта. Для предотвращения этих явлений, необходимо заменить устаревшие конструкции на современные, соответствующие условиям и достижениям современной медицины.

- при наличии заболеваний височно-нижнечелюстных суставов, других расстройств движения и функции мышц (психомиофункциональных), может возникнуть затрудненное привыкание (адаптация) к зубным протезам, появление тошноты, нарушение функций речи, жевания, глотания. Данные симптомы проходят при выполнении рекомендаций врача и корректирующих мероприятий, в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза.

В случае необходимости применения обезболивания, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу, который предоставил мне всю информацию о процедуре (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.).

Я понимаю, что гигиенический уход за полостью рта, при наличии ортопедических конструкций (зубных протезов), должен быть более тщательным, а контрольные и профилактические осмотры регулярными (не реже одного раза в полгода, если иное не назначено врачом).

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы, информация была донесена до меня в понятной и доступной форме.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею. Я даю согласие ООО «Антарес» (ИНН 1103017671) на медицинское вмешательство «ортопедическое лечение (зубное протезирование)». Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Настоящее согласие дано мной и действует в течение срока хранения первичных медицинских документов. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

Пациент _____

Фамилия И. О пациента или законного представителя

подпись

Дата «___» _____ 20__ г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
«ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ»**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____ паспорт: _____ выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____
Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения

до проведения хирургического вмешательства, на основании данных обследования и диагностики, получил (а) от медицинских работников и врача интересующую меня информацию о предстоящем хирургическом лечении, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Последствиями отказа от хирургического вмешательства могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Альтернативным вариантом является отсутствие лечения.

Я понимаю, что хирургическое лечение является вмешательством в биологический организм, сопровождающееся болевой реакцией организма. В случае проведения обезболивания, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о применяемой анестезии. Кроме того, врач разъяснил необходимость проведения рентгенологического исследования (в т.ч. для диагностики и контроля качества лечения), объяснил цель и суть данной методики, а также получил мое согласие на его проведение.

Мне было объяснено течение послеоперационного периода и возможное появление болей (как при наличии любой раны), отека мягких тканей (в результате травматического воздействия на них), воспаления в месте хирургического вмешательства (в связи со сложностью вмешательства), кровотечения (в связи с изменением артериального давления или биологическими (анатомическими) особенностями организма). Во избежание вышеперечисленных последствий необходимо тщательно соблюдать режим труда, отдыха, питания, гигиенического ухода и рекомендаций врача.

Мне понятно, что организм каждого человека уникален, и многое зависит от него, врач не может стопроцентно гарантировать исход и предполагаемый прогноз хирургического вмешательства. Контролировать течение послеоперационного периода может врач только при моем своевременном обращении и при условии соблюдения всех рекомендаций.

Мне были объяснены возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному варианту. На основании полученных сведений, мною выбрано оперативное вмешательство (хирургическое лечение), отраженное в плане лечения, предварительно согласованном со мной.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Вся информация была донесена до меня в понятной и доступной форме. Я прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное и удовлетворен(а) ответами на мои вопросы.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею. Я даю согласие ООО «Антарес» (ИНН1103017671) на проведение медицинского вмешательства «хирургическое лечение зубочелюстной системы». Я принимаю решение приступить к хирургическому лечению на предложенных условиях.

Настоящее согласие дано мной и действует в течение срока хранения первичных медицинских документов. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

Пациент _____
Фамилия И. О пациента или законного представителя _____ подпись _____

Дата «___» _____ 20__ г.