

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
Диагностическая ревизия зуба (лечение с сомнительным прогнозом)
в стоматологической клинике «А-Пломб»**

Приложение к договору на оказание платных медицинских услуг

№ _____ от «_____» _____ 202__ г.

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

проинформирован(а) моим лечащим врачом о поставленном диагнозе _____ и необходимости лечения зубов в соответствии с Предварительным планом лечения.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и понимаю, что при данной клинической ситуации очень сложно поставить точный диагноз и спланировать соответствующее лечение, не прибегая к вмешательству. Окончательное решение лечения врач может принять только после того, как проведёт ряд подготовительных мероприятий (в зависимости от первоначального состояния зуба), в частности: снятие ортопедической конструкции, удаление литой штифтовой культевой вкладки, удаление анкерного штифта, препарирование и удаление старых пломб, кариозных тканей, размягчённого дентина из полости зуба, а также по факту наблюдения за состоянием зуба после вмешательства.

При этом возможны два варианта лечения:

1. Уточнение диагноза, позволяющего выполнить консервативное лечение зуба, и в соответствии с ним выбор и согласование с пациентом тактики лечения по сохранению зуба.
Пациент в этом случае оплачивает последующее лечение согласно утвержденного или скорректированного после диагностической ревизии плана лечения.
2. В случае выявления показаний к удалению зуба (перелом, трещина, перфорации, невозможность прохождения корневых каналов, полное разрушение коронковой части зуба с отсутствием феррула, невозможность извлечения отломка инструмента в канале, вкладки, штифта, подвижность 3-4 степени, рецессия десны и т.п.) врач принимает решение об удалении зуба. В этом случае пациент оплачивает диагностическую ревизию и все выполненные манипуляции по препарированию зуба, удалению старой пломбы, снятию коронок, извлечению инородных тел из зуба, временное пломбирование каналов и полостей зуба.

Далее составляется новый план лечения и после согласования с пациентом проводится соответствующее лечение. Я понимаю, что стоимость лечения зависит от того, какой вариант лечения будет возможен и что в случае уточненного диагноза кроме непосредственно лечебных манипуляций я обязан оплатить также услугу диагностической ревизии зуба, даже если данная манипуляция будет завершена удалением зуба. В случае необходимости во время диагностической ревизии и лечебных манипуляций может быть использован стоматологический медицинский микроскоп, использование которого оплачивается дополнительно в соответствии с прайсом клиники.

Я осведомлён(а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время, и после лечения,

после диагностической ревизии в сочетании с основными и дополнительными методами диагностики врач поставит уточненный диагноз и проведет соответствующее лечение;

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии для 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 мин до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости. Анестетик в случае необходимости может быть добавлен врачом в процессе лечения.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

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 заболеваниях.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное лечение, исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

В доступной форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи (компенсация, стабилизация, осложнения, развитие сопутствующих заболеваний).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" (Собрание законодательства РФ, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Исполнитель в доступной форме уведомил меня об осуществляемой им медицинской деятельности, о режиме работы клиники, о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, об эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, о графике работы, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратов и медицинских изделиях, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, о состоянии моего здоровья, о правилах и условиях эффективного и безопасного использования результатов оказанных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, положении о гарантиях и сроках службы на овеществленные результаты оказанных услуг, о правилах использования установленных стоматологических конструкций.

Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии, о наличии всех имеющихся у меня заболеваний, травм и ранее выполненных операций. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения. Я даю разрешение проводить осмотры, рентгенологические и инструментальные исследования, делать оттиски, фотографии, видеосъемку, инъекции лекарственных препаратов, профессиональную гигиену зубов и любые другие медицинские вмешательства, которые будут необходимы для обеспечения качества и безопасности лечения. Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение нумерации зубов и всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе. Я даю разрешение использовать труд любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я уведомлен в Информированном согласии, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма или внешних причин, а также в следствии нарушений условий Договора на оказание платных медицинских услуг и рекомендаций лечащего врача, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я понимаю, что ожидаемый мною положительный результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение разрешенных в РФ материалов и инструментов с соблюдением соответствующих стандартов и протоколов лечения. Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов не является следствием неправильных действий врача. В этом случае переделка, удаление или замена стоматологических конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно по прайсу Исполнителя.

Я разрешаю сообщать информацию о моем лечении лицам, его оплачивающим, близким родственникам, а также всем лицам, профессионально обязанным сохранять медицинскую тайну.

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись)

(Ф.И.О. пациента)

" _____ " _____ 20__ г.

(дата оформления)