



Приложение к договору № _____ от «___» _____ 20__ г.

stomline.

Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство (основание ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г., № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство (профессиональная гигиена полости рта)

г. Санкт-Петербург

«___» _____ 20__ г.

Я, _____

(фамилия, имя, отчество гражданина, законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне или лицу, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть) _____

(фамилия, имя, отчество, лица, от имени которого, выступает законный представитель)

медицинское вмешательство **профессиональная гигиена полости рта**, 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) с названными мне условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

Добровольно даю свое согласие на проведение опроса, в том числе выявления жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, термометрию, тонометрию, введение лекарственных препаратов по назначению врача внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно. Я ознакомлен (а) с предлагаемым планом, ориентировочными сроками и стоимостью отдельных процедур (этапов) и лечения в целом(т.к. объем и характер работы можно будет определить только в процессе лечения, в случае повышения стоимости лечащий врач предупредит меня и обоснует это), технологиями (методами) и материалами, которые будут использованы в процессе проведения процедур, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы на оказываемые услуги, а также с альтернативными вариантами лечения. Я уведомлен(а), что с учетом имеющейся у меня клинической ситуации перед началом лечения зубов показана профессиональная гигиена, целью которой является удаление мягких и твердых над/и поддесневых зубных отложений для создания благоприятных условий в полости рта для дальнейшего лечения.

Я могу(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения, поставив свою подпись в конце документа.

Я соглашаюсь с тем, что профессиональную гигиену полости рта будет проводить врач

В исключительных случаях (например, болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом. Лечащий врач после диагностики обосновал необходимость проведения профессиональной гигиены полости рта. Я проинформирован(а), что профессиональная гигиена полости рта является неотъемлемой частью комплексного стоматологического лечения, а также курса лечения заболевания пародонта и профилактической процедурой, предотвращающей развитие кариеса. Я проинформирован(а), что последствиями отказа от профессиональной гигиены полости рта могут быть:

- развитие или обострение имеющихся заболеваний пародонта;
- развитие кариеса зубов и его осложнений.

Я понимаю, что нарушение правил гигиены полости рта может приводить к таким негативным последствиям, как:

- деминерализация эмали, вплоть до развития кариеса и его осложнений;
- гингивит;
- обострение хронических заболеваний пародонта;
- воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта.

Меня ознакомили с необходимостью регулярных визитов в клинику, как во время активного этапа лечения, так и после его завершения в целях профилактики. Я понимаю, что не соблюдение этого условия может приводить к изменению запланированных сроков лечения, влиять на качество проводимого лечения. Мне понятен план, объем и цели профессиональной гигиены полости рта. Я проинформирован(а), что проходить комплекс профессиональной гигиены рекомендуется не реже 2 раз в год, а при наличии имплантатов и брекет-систем 3-4 раза в год. Я понимаю, что успешный результат проведенной профессиональной гигиены полости рта может быть значительно снижен в следующих случаях:

- нарушение сроков лечения, установленных врачом, -неполный курс лечения, не дающий стабильного результата;
- применение процедур и прием медикаментов, не назначенных врачом (самолечение);
- наличие (возникновение) аллергических реакций (в случае, если я не указал (а) об этом в медицинской анкете) на применяемые материалы и медикаменты;

• отказ от санации (хирургической или терапевтической), что ведет к сохранению очагов хронической инфекции, влияющих на общее состояние организма,;

- наличие системных заболеваний и обменных нарушений, требующих лечения у других специалистов;
- активное курение;
- плохой уход за полостью рта;
- прием алкоголя накануне и сразу после лечения.

Я признаю особые обстоятельства, осложняющие проведение процедуры и ее успешность:

- курение;
- неудовлетворительная гигиена полости рта;
- повышенный рвотный рефлекс;
- аллергия на применяемые медикаменты.

Пациент _____ «___» _____ 20__ г.

(ФИО пациента, либо законного представителя)

(подпись)

Я предупрежден, что данная процедура сопровождается возникновением определенного дискомфорта, связанного:

- с появлением кровоточивости и болезненности десен во время процедуры и на 1-2 день после;
- повышением чувствительности зубов;
- повреждением реставраций (особенно находящихся в неудовлетворительном состоянии);
- повреждением ортопедических конструкций;
- микротравмами слизистой оболочки полости рта;
- возникновением аллергических реакций на применяемые материалы и медикамент

При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаев медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Я информирован о том, что в этих случаях, при моем правомерном отказе от использования анестезии, у врача не имеется объективной возможности предоставить требуемую услугу в плановой ситуации. Т.к. в этом случае он не может, по независящим от него обстоятельствам, обеспечить безопасность услуги (ФЗ «О защите прав потребителей») и нарушает право пациента на гуманное отношение при оказании медицинской помощи (ч.5. ст. 19 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»). Я информирован(а) о том, что для профилактики возникновения описанных непредвиденных обстоятельств будут приняты все необходимые меры предосторожности. Я информирован(а), что клиника оснащена всем необходимым для оказания экстренной медицинской помощи.

Выбор анестезиологического пособия я доверяю своему лечащему врачу, информирующему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии

Пациент _____ « ____ » _____ 20__ г.
(ФИО пациента, либо законного представителя) (подпись)

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено:

- при выраженном стрессе;
- в области существующего воспаления;
- после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных медицинских услуг. Я информирован(а), что результат любого медицинского вмешательства в силу специфики медицинской услуги зависит от скоординированных с медицинскими работниками ответных действий с моей стороны, направленных на обеспечение безопасности в данном случае предполагаемого терапевтического лечения. Поэтому в моих интересах сообщить врачу правдивые сведения обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе:

- об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов;
- обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях;
- о перенесенных инфекционных заболеваниях (гепатит А, гепатит Б, гепатит С, венерические заболевания, ВИЧ-инфекция, герпес);
- об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности;
- о принимаемых лекарственных средствах;
- о наследственности;
- об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- о наблюдении у психиатра/психотерапевта;
- о проведении косметологических (инъекционных и неинъекционных) процедур в области головы и шеи в период за 30 дней до/во время/в течении 30 дней после запланированных манипуляций.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета (в том числе о перенесенных заболеваниях и имевших место осложнениях, и аллергических реакциях) заполнена мною лично и содержащаяся в ней информация достоверна. Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании в научных целях, использовать эти сведения в учебном процессе, для публикации в научной литературе. Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги. Дополнительных условий мною не выдвигается.

Для женщин: Беременность ___ ДА ___ НЕТ, на момент проведения манипуляции

СОГЛАСИЕ: 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 _____ « ____ » _____ 20__ г.
(ФИО пациента, либо законного представителя) (подпись)

Врач _____ « ____ » _____ 20__ г.
(ФИО врача-стоматолога) (подпись)

Сведения о выбранных мною лицах, которым может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) (Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

_____ (ФИО гражданина)

_____ (контактный телефон)

Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациенту суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения предстоящего стоматологического вмешательства, дал(а) ответы на все вопросы.

Врач _____ « ____ » _____ 20__ г.
(ФИО врача-стоматолога) (подпись)