



Добровольное информированное согласие на проведение медицинского вмешательства (профессиональной гигиены полости рта) в ООО «НИКОР-МЕД»

Я, _____, дата рождения _____,
зарегистрирован(а) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет или недееспособных граждан:

Я _____ (ф.и.о.), паспорт: _____,
выдан: _____,
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным _____, дата рождения _____,
(ФИО ребенка или недееспособного гражданина – полностью)

в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю **добровольное согласие** на проведение мне/моему подопечному следующего медицинского вмешательства: **на проведение профессиональной гигиены полости рта методом _____**.
По поводу диагноза(МКБ-10) _____

Настоящее согласие дано ООО «НИКОР-МЕД», имеющему лицензию на право осуществления медицинской деятельности № ЛО-50-01-007952 от 18 августа 2016 г., выдана Министерством здравоохранения Московской области., (далее - Клиника). На проведение мне вышеуказанных медицинских вмешательств я уполномочиваю врача – _____

Я получил(а) подробные объяснения в понятной и доступной форме по поводу моего заболевания/заболевания моего подопечного и рекомендованного плана лечения, целей, методов оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а так же предполагаемый результат медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Я согласен(а) с предложенным мне планом лечения, информирован(а) о его стоимости и сроках исполнения.

Я проинформирован(а) врачом об альтернативных методах медицинского вмешательства и выражаю согласие с предложенным планом лечения. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба(ов), а также системные проявления заболевания.

Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская услуга может быть оказана по программе обязательного медицинского страхования в иных медицинских организациях, в объеме и на условиях территориальной базовой программы государственных гарантий ОМС.

Я информирован(а), что проведение профессиональной гигиены полости рта рекомендуется в качестве обязательного условия любого планового стоматологического вмешательства, а также в качестве неотъемлемой части курса лечения заболеваний пародонта и профилактической процедуры, предотвращающей развитие кариеса.

Я информирован(а), что после удаления зубных отложений возможно временное появление чувствительности зубов, кровоточивость десен, дискомфорта во время приема пищи. Я также информирован(а) о том, что в результате очистки зубов от камня могут проявиться скрытые ранее под ним дефекты эмали – пористость, шероховатость, пятна, кариес; что станут более видимыми (ранее скрытые камнем), промежутки между зубами, особенно в пришеечной области вследствие нормальной трапецевидной формы зубов. Я информирован(а) о невозможности причинения вреда эмали зубов (возникновении кариеса и дефектов эмали) при чистке ультразвуком.

В случае проведения обезболивания, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу. Местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции и проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания.

(указать название анестетика)

Длительность эффекта может варьировать от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной

восприимчивости организма.

Последствиями отказа от данной процедуры могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Местная инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости в этой области.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений. Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией организма на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергический шок, обморок, коллапс). Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать травматизацию нервных окончаний и сосудов, проявляющуюся потерей чувствительности, невритом, нейропатией; вызвать образование внутреннего кровотечения, постинъекционной гематомы и отечность десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше. Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я понимаю необходимость рентгенологического исследования до лечения, во время лечения и после лечения, а также при проведении периодических осмотров в указанные сроки и согласен(а) на его проведение, обязуюсь приходить на контрольные осмотры и соблюдать гигиену полости рта. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования, от рентген-обследования в виде трехмерной компьютерной томографии врач не сможет провести качественную диагностику, лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе аллергического характера, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и досто-

верной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее, а так же в случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, стоимость лечения взимается на общих основаниях в полном объеме. Я понимаю, что при изменении моего состояния или появлении новой информации о моем состоянии может появиться необходимость корректировки плана лечения для лучшего удовлетворения моих интересов, Я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач. Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Настоящим я даю согласие на проведение медицинской фото- и/или видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимая, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью врача/Клиники. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства. Я разрешаю лечащему врачу, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных

текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой данных фотографий мое/лица, чьи интересы я представляю не будет упомянуто.

Я предупрежден(а) лечащим врачом о строгом соблюдении режима во время проведения медицинского вмешательства и после него, о необходимости профессиональной гигиены полости рта (с периодичностью 1 раз в 3-6-12 месяцев, которая определяется индивидуально и зависит от состояния зубов, уровня индивидуальной гигиены полости рта). Я понимаю необходимость регулярно приходить на профилактические осмотры, контрольные снимки зубов по графику оговоренному с врачом. Обязуюсь выполнять все рекомендации лечащего врача, сделанные в соответствии с протоколом процедуры. Мне известно, что при несоблюдении мною лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка Клиники лечащий врач вправе отказаться от дальнейшего моего лечения. Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке и сроке службы на овеществленные результаты лечения и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья / лица, законным представителем которого я являюсь (не- нужное зачеркнуть),

_____, Телефон _____,

(ФИО гражданина)

_____, подпись _____,

(ФИО гражданина или законного представителя гражданина)

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к лечению. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных медицинских услуг, и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возмож-

ность либо отказаться от процедуры, либо дать свое согласие. Я подтверждаю свое добровольное согласие на медицинское вмешательство на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно в присутствии лечащего врача. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся запланированного лечения. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта. Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Дата	Подпись пациента или законного представителя/расшифровка	Подпись врача /расшифровка	Дата следующего визита (по актуальности)