

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», сообщена вся необходимая информация о предстоящем медицинском вмешательстве мне (представляемому мной), законным представителем которого(ой) я являюсь и что я согласен (согласна) с предстоящим мне медицинским вмешательством:

и условиями его проведения.

Я, _____, «__» _____ года рождения, _____ (фамилия, имя, отчество гражданина) зарегистрированный(ая) по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя) добровольно обращаюсь в ООО «Белый Носорог» (далее - Исполнитель) для оказания мне (представляемому мной) стоматологических услуг.

Я понимаю цели и задачи предстоящего мне (представляемому мной) медицинского вмешательства. Меня в доступной форме уведомили о показаниях и противопоказаниях, целях, методах оказания медицинских услуг, связанном с ними риске и возможных осложнениях, всех возможных альтернативных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинских услуг.

Исполнитель в доступной форме предоставил мне необходимую и достоверную информацию об осуществляемых им медицинских услугах, обеспечивающих возможность их правильного выбора, о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинских услуг, об эффективности методов лечения, используемых для оказания услуг лекарственных средствах и о медицинских изделиях, а также я имел(а) возможность получить информацию об обязательном подтверждении соответствия лекарственных средств и медицинских изделий, используемых Исполнителем для оказания услуг обязательным требованиям, обеспечивающим их безопасность для жизни, здоровья и имущества потребителя (регистрационные удостоверения, декларации о соответствии, сертификаты), а также информацию, свидетельствующую об обязательном подтверждении соответствия товара обозначениям, о сроках его годности. Я проинформирован(а) об адресе, режиме работы Исполнителя, данных о его государственной регистрации и наименовании зарегистрировавшего его органа, о номере и сроке действия медицинской лицензии, об органе, выдавшем лицензию, об образовании и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне медицинских услуг, об условиях, порядке, форме и правилах оказания медицинских услуг, а в случае оказания мне платных медицинских услуг - порядке их оплаты и их стоимости. Я проинформирован(а) о диагнозе (предварительном диагнозе), о правилах и условиях эффективного и безопасного использования результатов медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, гарантиях и сроках службы на оказанные услуги. Я уведомлен(а) о плане и сроках предстоящего лечения/ протезирования зубов и согласен с ним.

Я даю разрешение проводить осмотры, рентгенологические и инструментальные исследования, делать оттиски зубов, фотографии, видеосъемку, инъекции лекарственных препаратов, профессиональную гигиену зубов, отбеливание и проводить любые другие мероприятия, которые будут необходимы для обеспечения качества и безопасности лечения, постановки диагноза, обезболивания, проведения лечения, а также для фиксации результатов медицинского вмешательства. Я **разрешаю/не разрешаю (нужное подчеркнуть)** использовать публично фотографии моих зубов и полости рта на условиях анонимности в печатных изданиях и сети Интернет.

Я информирован(а) и согласен (согласна) с необходимостью различных рентгенологических исследований челюстно-лицевой области до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров по назначению врача.

Я осведомлен о необходимости проведения анестезии и о возможных ее осложнениях (кровотечения, гематомы, повреждения нервов и сосудов, боль после анестезии, отеки, аллергические реакции, временная контрактура жевательных мышц) и при приеме назначенных врачом лекарственных средств (в соответствии с инструкциями к назначенным препаратам). Мне разъяснено, что обезболивание бывает затруднено при значительном воспалительном процессе в области удаляемого зуба, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ, при выраженном стрессе. Я уведомлен, что несколько примерок и коррекций протезов, возможная расцементировка ортопедических конструкций и брекетов, раскручивание или перелом фиксирующих ортопедические конструкции винтов на имплантатах, разница в цвете зубов, пломб, коронок, виниров при разном освещении, пульпит витального зуба под пломбой или коронкой не является недостатком оказанных услуг. Я понимаю, что в случае возникновения

осложнений или рецидива заболевания, которые возникли в случаях травмы, возникновения новых заболеваний или вредных внешних воздействий, в т.ч. длительный прием лекарственных препаратов при лечении других заболеваний, которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах или окружающих тканях, а также вследствие 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 того, что биологические и физиологические процессы в организме протекают индивидуально, я согласен(на) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения и гарантировать исключительно благоприятный исход лечения. Однако мне гарантировано проведение лечения в соответствии с порядком оказания медицинской помощи взрослому населению или порядком оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями, на основе соответствующих стандартов лечения, специалистами соответствующей квалификации. Не достижение при лечении пациента положительного эффекта не может само по себе рассматриваться как признак некачественной медицинской услуги.

В случае проведения мне (представляемому мной) дентальной имплантации зубов, а также остеопластических операций, проводимых в целях последующей дентальной имплантации зубов, я проинформирован(а), что возможны: неприживление (отторжение) имплантата или увеличение продолжительности процесса остеоинтеграции, воспалительно-деструктивные изменения в окружающих имплантат или остеопластический материал тканях, перелом кости в ложе имплантата, нарушение целостности мембраны гайморовой пазухи. Я проинформирован(а), что данные операции имеют высокую степень риска и осознаю, что сами по себе вышеуказанные осложнения не являются признаком некачественно оказанной услуги. Я осознаю ответственность за сохранение результата оказанных мне услуг и обязуюсь соблюдать правила гигиены полости рта, обязуюсь раз в полгода являться на профилактические осмотры к Исполнителю для ревизии имплантатов, коронки и десны, а также для проведения профессиональной гигиены.

Я понимаю и согласен(а), что в случае рецидива заболевания осложненного кариеса зубов, задействованных в ортопедической конструкции за пределами гарантийного срока или при отсутствии гарантии на эндодонтическое лечение, если для лечения или удаления вышеуказанных зубов предварительно необходимо произвести снятие и замену ортопедической конструкции, не являются гарантийными для ортопедической конструкции. Плата за повторное оказание ортопедических стоматологических услуг, в таком случае, будет взиматься с пациента на общих основаниях.

Я понимаю, что Исполнитель не несет ответственность за аллергические реакции организма пациента на применяемые в ходе лечения лекарственные средства и медицинские изделия, биологическую непереносимость медицинских изделий или их компонентов, побочные действия лекарственных средств, за качество ранее проведенного в других медицинских организациях лечения.

Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов после сдачи стоматологической ортопедической конструкции не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием некачественно оказанной медицинской услуги. В этом случае переделка стоматологических конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно по прайсу Исполнителя.

Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии, о наличии всех имеющихся у меня (представляемого мной) заболеваниях, травмах, принимаемых лекарственных средствах и ранее выполненных операциях. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, лекарственные средства и медицинские изделия, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения. Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех медицинских терминов, упомянутых врачом при беседе, а также изложенных в данной согласии. Я даю разрешение проводить необходимые лечебные мероприятия при участии любого медицинского работника Исполнителя.

Подпись гражданина или законного представителя гражданина: / _____ /
(подпись) (ФИО полностью)

Беседу провел медицинский работник: / _____ /
(подпись) (ФИО полностью)