## Информированное добровольное согласие пациента на проведение амбулаторного медицинского вмешательства в ООО «Авторская стоматология Антона Серова»

Приложение №1 к договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201 \_\_ г.

*Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении и* даны рекомендации по уходу *за стоматологическими конструкциями и что я согласен(на) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.*

 Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. пациента, число, месяц, год рождения)

обращаюсь в OOO «Авторская стоматология Антона Серова» для проведения осмотра, диагностики и лечения стоматологических заболеваний, улучшения эстетики улыбки. Этот документ подтверждает, что я ознакомился(лась) с предполагаемым перечнем, сроками и стоимостью оказания платных медицинских услуг, рисками, исходами, прогнозами, условиями гарантии и сроками службы на результаты оказываемых услуг, режимом лечения, врачебными рекомендациями по использованию и уходу за стоматологическими конструкциями, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) либо отказаться от вмешательства, либо дать свое согласие на проведение медицинского вмешательства, поставив свою подпись в конце документа.

Лечащий врач поставил мне следующий диагноз и обосновал необходимость проведения лечения. Я понимаю, что результатом лечения в моем случае является с различной степенью вероятности: компенсация функции, стабилизация состояния, развитие осложнений, появление сопутствующих заболеваний.

 Я ознакомлен(а) с планом проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения: осмотр, профессиональная гигиена, диагностика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , лечение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, которые в моем случае могут иметь меньший клинический успех (срок службы; эстетические, гигиенические, функциональные качества; заболевания пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа, рецидивы деструктивных процессов в зубах и тканях челюсти). Последствиями отказа от лечения в моем случае могут быть: прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением окружающей кости, перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, вторичные деформации зубных рядов, снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, повышенная стираемость зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейромышечная патология и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Лечащий врач объяснил мне необходимость строго следовать этапам лечения, важность соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также необходимость полного восстановления целостности зубных рядов. Хотя предложенное вмешательство поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, оно является вмешательством в биологический организм и как любая медицинская манипуляция не может иметь стопроцентной гарантии на успех даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. Я уведомлен(а), что через какое-то время, которое зависит от индивидуальной скорости протекания инволютивных процессов, возникает необходимость коррекции либо переделки стоматологических конструкций и возможно ухудшение эстетического и функционального результата лечения.

Я уведомлен, что\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_являются конструктивной особенностью стоматологических конструкций, и не относятся к существенным недостаткам оказанных услуг.

Выбирая искусственную стоматологическую конструкцию, я соглашаюсь на присущие ей вероятные эстетические и функциональные конструктивные особенности использования и внешнего вида: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов после сдачи стоматологической конструкции не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно и оно не является следствием неправильных действий врача. В этом случае переделка стоматологических конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно согласно прайсу Исполнителя. Я уведомлен(а), что для покрытия зубов стоматологическими конструкциями проводится процедура их механического препарирования (снятия слоя твердых тканей) которая является необратимой. Я сознаю, что для лечения кариеса и некариозных поражений, для восстановления зубов (зубных рядов) искусственными конструкциями может потребоваться эндодонтическое лечение - депульпирование зуба и (перелечивание ранее пломбированных) корневых каналов в нем, и что соблюдение этой рекомендации врача в предварительном плане лечения важно для получения наилучшего результата лечения. Также меня уведомили, что наиболее предпочтительным для здоровья и долгосрочного прогноза является покрытие зубов искусственными стоматологическими конструкциями без предварительного депульпирования опорных зубов. В случае сохранения жизнеспособности пульпы зуба существует риск воспаления пульпы зуба (пульпита) или развитии воспалительного процесса в тканях вокруг корня зуба (периодонтита) как в процессе, так и после покрытия зуба любой стоматологической конструкцией. Я информирован, что в этом случае за дополнительную плату согласно прайсу будет проведено эндодонтическое лечение корневых каналов зуба наиболее рациональным и безопасным способом – прямо через установленную стоматологическую конструкцию либо после ее снятия, что может потребовать необходимости повторного изготовления ортопедической конструкции.

Я осведомлена(а), что при наличии бруксизма, патологии височно–нижнечелюстных суставов и других мио-функциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания, сколов и поломок стоматологических конструкций. Наличие индивидуальных особенностей организма и сопутствующих заболеваний, не позволяющих пациенту полностью адаптироваться к качественно изготовленным стоматологическим конструкциям (например, повышенный рвотный рефлекс и т.п.), гарантийным случаем не является.

Я понимаю, что добровольно соглашаясь на лечение, допускаю вероятность следующих осложнений \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, которые не связаны с надлежащим оказанием услуг по лечению зуба и что в этом случае сроки гарантии на овеществленные результаты указанных вмешательств (манипуляции, услуги, этапы, конструкции) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ составят 1 день.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения и расторгнуть договор оказания платных медицинских услуг по своей инициативе, возместив исполнителю все понесенные затраты.

Я понимаю, что курение, неудовлетворительная гигиена полости рта, определенная по гигиеническим индексам, могут негативно повлиять на ожидаемый результат лечения и значительно снижают успех лечения и срок службы искусственных стоматологических конструкций. Гарантийные сроки и сроки службы в этих случаях сокращаются на 50% либо утрачиваются полностью по решению лечащего врача, о чем пациент извещается письменно.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(на) на их проведение. Я понимаю, 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, также о том, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и применяются индивидуальные средства защиты.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мною результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответст­вующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответст­вующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима. Я согласен(на) с тем, что итоговый результат лечения может отличаться от ожидаемого мною и что искусственные конструкции эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций в полости рта, особенно в условиях различного освещения. Я осознаю риск, связанный с применением анестезии и медицинских препаратов, которые могут вызвать нарушение сознания и дыхания, дисфункцию мышц, судороги, сердцебиение, коллапс, повышение АД, отек и воспаление в месте инъекции, отек Квинке, анафилактический шок, аллергию, кровотечение, гематому, некроз тканей, потерю чувствительности языка, губ, неба, кожи лица и шеи, а также иные побочные действия в соответствии с инструкцией производителя препарата.

Высокий процент успешности проведения стоматологического лечения (более 80%) не исключает определенный процент (10-20%) неудач стоматологического лечения, что может потребовать проведение коррекции, полной переделки стоматологической конструкции или полного прекращения медицинского вмешательства. Я полагаю, что в моих интересах начать предложенное мне лечение. Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) на них подробные ответы. Мне также разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я информиро­ван до начала лечения, в случае необходимости их устранения и оказания для этого других медицинских услуг, стои­мость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме. Я понимаю, что сотрудники ООО «Авторская стоматология Антона Серова» не несут ответственность за последствия аллергических реакций, медицинских осложнений и побочных действий лекарственных средств и иных препаратов, за качество ранее проведенного в других медицинских учреждениях лечения, а также за возникновение последствий и осложнений лечения, связанных с возникновением, наличием и обострением уже имеющихся у Пациента травм, острых и хронических заболеваний и самостоятельных вмешательств пациента или третьих лиц в полученные результаты оказанных услуг, способных прямо или косвенно изменить эти результаты лечения.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо. Я понимаю, что невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе оказания медицинских услуг.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью амбулаторной карты и Договора на оказание платных стоматологических услуг.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство с целью проведения лечебных манипуля­ций на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

|  |  |
| --- | --- |
| * Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |  |
| * Подпись врача
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | * Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_ г.
 |

* Примечание: при приеме детей до 18 лет обязательно подписывается родителем (опекуном).