РУСДЕНТ
стоматологическая клиника

ООО «Русдент»
Приложение №2 к договору № _____ от _____
на оказание платных стоматологических услуг

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
на зубосохраняющее хирургическое лечение (резекция верхушки корня, цистэктомия, гемисекция)

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 либо законного представителя)

«_____» _____ _____ **г. рождения, зарегистрированный по адресу**_____

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»[1] (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень).

В Обществе с ограниченной ответственностью «РУСДЕНТ»
Медицинским работником **врачом стоматологом хирургом** _____
(должность, фамилия, имя, отчество медицинского работника)

в доступной для меня 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.

Я получила(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованного плана лечения.

Я соглашаюсь на проведение мне операции: резекция верхушки корня и цистэктомия.

Я получил(а) от врача всю интересующую меня информацию о предлагаемом лечении, в том числе о преимуществах и сложностях как этого, так и других методов лечения.

Мне понятно, что операция проводится с целью сохранения зуба(ов).

Мне было объяснено, что при должной степени заботливости и осмотрительности, которая требуется от доктора по характеру обязательства, и соблюдении надлежащего исполнения обязательства можно прогнозировать **улучшение состояния с вероятностью более 90%**.

Мне было объяснено, что в большинстве случаев после завершения операции развивается местный отек, который проходит в течение нескольких дней. После операции пациент может испытывать боль, а также повышение температуры тела, что потребует принятия обезболивающих и жаропонижающих препаратов в соответствии с рекомендациями врача. В отдельных случаях возможно развитие гематомы (синяка), которая проходит в течение нескольких дней. Чувствительность и дискомфорт в области операции может сохраняться до нескольких недель. При операции на верхней челюсти может произойти нарушение целостности верхнечелюстных (гайморовых) пазух, воспалительные осложнения в области верхнечелюстных (гайморовых) пазух;

Мне было объяснено, что в процессе проведения операции могут открыться обстоятельства, которые невозможно было диагностировать на более ранних этапах и которые не позволяют качественно завершить терапию: например, трещина или недоступная для лечения перфорация корня. В этом случае будет рекомендовано удаление зуба. Вследствие особенностей анатомии может произойти частичное или полное онемение зоны десны (губы) в области зуба, а также опускание десны ниже первоначального уровня, что может потребовать дополнительного лечения. Мне также было объяснено, что несмотря на качественно проведенное лечение, в 10% случаев терапия может быть неэффективной и не привести с желаемому результату. В этом случае зуб может потребовать повторной операции или рекомендован к удалению.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Последствиями отказа от данного вида лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, нарастание болевых ощущений, роста воспалительного процесса, потеря зуба. Альтернативными методами лечения являются: удаление зуба, перелечивание каналов или отсутствие лечения как такового.

Я понимаю, что невозможно предсказать способность десен и челюстных костей к заживлению у каждого пациента, и, что бывают случаи, когда зуб приходится удалять в связи с развившимся осложнениями.Доктор также объяснил мне необходимость явки на контрольные осмотры через 3, 12 и 24 месяца (до 4 недель от точной даты) после завершения лечения. Это позволяет предотвратить развитие осложнений

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями.

Введение анестетика проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечности десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а так же о всех имеющихся заболеваниях. Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я информирован(а) в настоящем документе, аллергии и состояний, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость лечения взимается в полном объеме.

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

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и 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.

Я одобряю рекомендуемое лечение. Я полностью осознал(а), что во время операции или лечения ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата. Эти дополнительные процедуры могут потребовать дополнительной оплаты и изменения общего плана лечения.

Я информирован о том, что сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которых) 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 или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

_____

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

_____

(фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

_____

(подпись) (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)

_____

(подпись) (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

«___» _____ г.

(дата оформления)

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Я понял(а) значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании без указания имени и фамилии, фотографии моих зубов (без лица) и полости рта в научных и учебных целях, для оценки качества протезирования, публикации на сайте клиники, для публикации в научной литературе. Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью договора на оказание платных стоматологических услуг, и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

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

Беседу провел врач стоматолог хирург:

_____ / _____/

(подпись врача) (ФИО полностью)

Подпись пациента (или законного представителя):

_____ /_____ /

(подпись пациента) (ФИО полностью)

Дата «_____» _____ 20 г.