Приложение к договору №____ от _____ на оказание платных медицинских услуг.
ООО «Стоматология «Айболит»

строго руководствуется Основами законодательства об охране здоровья граждан в РФ, Законом о защите прав потребителей, Современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира. Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

ИДС ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ (ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА)

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (сь) с предлагаемым лечением и мог (ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Я, гр. _____ _____(Ф.И.О. Пациента)

Я, гр. _____(Ф.И.О.Законного представителя)

в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011г. « Об основах охраны здоровья граждан в РФ» даю согласие на: проведение терапевтического лечения (лечение кариеса) и диагностические мероприятия следующих зубов_____

ЛЕЧЕНИЕ СОСТОИТ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ЭТАПОВ:
1.Диагностический: осмотр, рентгенографическое исследование, электродонто диагностика, составление плана лечения.
2.Основной: профессиональная гигиена, лечение кариеса.
3.Этап наблюдения: профилактические осмотры.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:
Диагноз: _____
Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.
Индивидуальный рекомендованный план лечения.
Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач. В частности (ненужное вычеркнуть, нужное добавить):

- кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления (пломбирования);
- кариозное поражение, которое кажется «небольшой дырочкой», может при обработке зуба оказаться значительной полостью, а следовательно, потребуется реставрация значительной части зуба или постановка коронки (по ситуации)

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных и лечебных мероприятий.
Меня также проинформировали, что альтернативными методами лечения являются:

1. восстановление дефекта с помощью цемента.
2. восстановление дефекта с помощью композита химического отверждения.
3. восстановление дефекта с помощью фотоотверждаемого композита\полимера.
4. использование микроштифтов (пинов) для улучшения ретенции пломбы.
5. эндодонтическое лечение.
6. удаление пораженного зуба (пораженных зубов).
7. не проведение лечения.

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: инфекционные осложнения, прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости, перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, обще соматические заболевания, желудочно-кишечного тракта, нейропатология, появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта, нарушение общего состояния.

Врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам лечения, строгого соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки работы.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу лечения кариеса и его осложнений: изменение цвета пломбы при несоблюдении рекомендаций, болезненность при накусывании на зуб, болезненность от температурных и химических раздражителей

Я знаю, что зубной налет при неудовлетворительном уходе за полостью рта может привести к изменению цвета пломбировочного материала, появлению пигментации по краю пломбы, рецидиву кариеса зубов, выпадению пломбы.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу лечения кариеса. Хотя терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Врач понятно объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время препарировании и пломбировании кариозной полости, а именно: перфорация дна кариозной полости или стенки зуба; повреждение десневого края, повреждение бором соседних зубов, завышение прикуса при пломбировании кариозной полости, воспаление и некроз пульпы, вторичный кариес, папиллит, или воспаление межзубного десневого сосочка, острый и хронический верхушечный периодонтит, изменение цвета коронки зуба, экскориация участков дёсен и др. осложнения.

Имеется определенный процент (5-10%) неудач лечения. Что может потребовать: лечения корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удаления зуба.

Даже при успешном завершении лечения нельзя дать 100% гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению, рецидиву инфекционного процесса на корнях или перелому в будущем.

Врач также объяснил мне, необходимость обязательного постоянного восстановления зуба в противном случае лечение может потерпеть неудачу (что может стать причиной пульпитов, периодонтитов (лечение корневых каналов) или потери зуба). Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения, если это будет необходимо как в процессе лечения, так и после него и в будущем обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с врачом и записанному в истории болезни).

Я осведомлен о возможных осложнениях во время проведения анестезии (кровотечения, гематомы, повреждение нервов и сосудов, боль после анестезии, порезы лица) и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал лечащего доктора обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время, о наличии всех хронических заболеваний, данная информация

занесена в амбулаторную карту.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, **я согласен** с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною результата и действительным результатом, т.к. представления пациентов о лечении, как правило, не совпадают с реальной действительностью. Я понимаю, что в моих интересах приступить к лечению зубов как можно быстрее. Я также понимаю, что доктор также как и я заинтересован в благоприятном исходе проводимого лечения и сделает для этого все необходимое. Хотя предложенное лечение поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что лечение является своего рода вмешательством в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается иволютивному развитию, которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердых тканей зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания иволютивных процессов и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки пломбы.

Я обязуюсь точно выполнять все рекомендации и назначения доктора и понимаю, что их невыполнение может привести к серьезным осложнениям и неуспеху лечения.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению.

Я даю разрешение делать инъекции лекарственных препаратов, рентгеновские снимки, оттиски, диагностические модели, фотографии и проводить любые другие мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза, лечения, а также для фиксации результатов медицинского вмешательства.

Я понимаю, что в связи с индивидуальной анатомией и реакцией организма возможно расхождение с первоначально определенным планом лечения и изменение ранее оговоренной стоимости лечения ,как в большую, так и в меньшую сторону.

Меня уведомили, что рентгеновские снимки, сделанные в вашей клинике, являются неотъемлемой частью истории болезни и на руки не выдаются, что история болезни существует в единственном экземпляре и хранится в клинике, выписка из медицинской карты выдается по моей письменной просьбе.

Я понимаю, что я ответственен за оплату услуг, оказанных мне в клинике в соответствии с прейскурантом. Я внимательно ознакомился с прейскурантом клиники, с условиями гарантии на стоматологические услуги и согласен оплачивать все оказанные мне стоматологические услуги в соответствии с планом (сметой) лечения по факту их оказания.

Меня уведомили, что клиника и ее персонал не несет ответственности за оказанные стоматологические услуги в следующих случаях:

1.Предоставления услуг по требованию пациента, расходящихся с предложенным врачом планом лечения, о чем делается соответствующая запись в истории болезни.

2.Возникновения аллергических реакций у пациента, не отмечавшихся ранее.

3.Осложнений, возникающих по причине неявки пациента в срок, указанный врачом или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций.

4.Переделок и исправления работ в другом лечебном заведении.

5.Ремонта, порчи и исправления работы самим пациентом.

6.Истечения срока гарантии на оказанные услуги. С гарантийным сроком я ознакомлен.

7.Иных ситуаций, предусмотренных условиями гарантии, действующими в нашей клинике_____

Я также даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1., 3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания мне медицинских услуг.

Я удостоверяю, что мне (моему представителю) не был поставлен диагноз «наркомания» по результатам медицинского освидетельствования в соответствии с Федеральным законом от 08.01.1998 №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».

Я удостоверяю, что не признан судом не дееспособным вследствие психического расстройства и надомной не установлена опека, равно как и я не ограничен судом в дееспособности вследствие наличия психического расстройства или пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами и надо мной не установлено попечительство.

Я, проинформирован(а) о том, что такие согласия на конкретные медицинские вмешательства в ходе моего (представляемого) лечения подписываются однократно, как комплексное ознакомление меня(представляемого)со спецификой предстоящей медицинской услуги, в дальнейшем, при необходимости, повторного выполнения такой же манипуляции, информирование и прочие разъяснения будут проводиться в устной форме. **Я понимаю** что этот план лечения является наиболее вероятным, но не исключена возможность возникновения обстоятельств , могущих повлечь изменения плана лечения по медицинским показаниям и (или) иным причинам , а следовательно , и его стоимости.. Также может возникнуть необходимость в проведении дополнительных медицинских вмешательств для обеспечения безопасности и надлежащего качества намеченного плана лечения. **Мне разъяснено** о праве на отказ от медицинского вмешательства, предусмотренный положениями статьи 20 Закона №323 ФЗ. В случае такого отказа я не буду иметь претензий к медицинской организации. **Мне разъяснено** ,что в случае моего отказа от медицинского вмешательства возможны негативные последствия в развитии моего заболевания. **Я, получил(а)** от сотрудников клиники полную информацию о новой корона вирусной инфекции (COVID-19), возможностях и последствиях заражения COVID-19, в соответствии с ФЗ «О санитарно–эпидемиологическом благополучии населения»,пун.3.2 ст. Закона Омской области «О защите населения и территории Омской области от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера», предупрежден(а) о соблюдении мер профилактики , направленных на предотвращение распространения COVID-19 и обязуюсь строго соблюдать все ,разъясненные мне , меры безопасности. Мне разъяснено и я осознаю, что клиникой предпринимаются все необходимые меры для предотвращения заражения и распространения COVID-19,однако понимаю, что невозможно исключить риск заражения COVID-19

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство, мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения, понятны и удовлетворяют меня, и на основании вышеизложенного, я даю информированное добровольное согласие, на проведение мне медицинского вмешательства врачами ООО Стоматология «Айболит» _____
Памятка для пациентов, после лечения кариеса, получена. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Пациент (Ф.И.О. подпись)_ _____

Заказчик /Законный представитель (Ф.И.О. подпись) _____

Лечащий врач(Ф.И.О. подпись)_____Дата: «____» _____ 20 __ г.