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.

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства эндодонтическое лечение корневых каналов

Я, гр. _____ , (Ф.И.О. Пациента)

Я, гр. _____ , (Ф.И.О. Заказчика)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 и эндодонтического лечения (лечение корневых каналов) и и диагностические мероприятия, осуществляемые врачами ООО «Стоматологии «Айболит» Следующих зубов_____ (номера зубов)
Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым лечением и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

ЛЕЧЕНИЕ СОСТОИТ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ЭТАПОВ:**1.Диагностический:** осмотр, рентгенографическое исследование, электроодонто диагностика, составление плана лечения. **2.Основной:** профессиональная гигиена, , эндодонтическое лечение корневых каналов **3.Этап наблюдения:** профилактические осмотры.

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: удаление пораженного зуба (зубов), отсутствие лечения как такового, хирургическое вмешательство (апикальная хирургия).

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, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология, появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта.

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 эндодонтического лечения зубов и его осложнений: изменение цвета пломбы при несоблюдении рекомендаций, болезненность при накусывании на зуб. **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.. Хотя эндодонтическая 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 лечения корневых каналов, а именно:1.Имеется определенный процент (5-10%) неудач эндодонтического лечения. Что может потребовать: перелечивание корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удаления зуба.2.Во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность его удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба. 3 .При перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, что связано: со случаями, если каналы ранее были пломбированы твердеющими препаратами, резорцин-формалиновым методом, в каналах имеются сломанные эндо инструменты, металлические и стекловолоконные штифты и вкладки, тогда часто невозможно удалить старую корневую пломбу и пройти канал на всю длину; если уже имеются перфорации корней и стенок зуба; с сильной кальцификацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов). При лечении искривленных корневых каналов также имеется более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня. Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии.

Если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного или съемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции (например, перелом коронки), либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции(при этом также возможно ее необратимое повреждение). Также при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению.

Даже при успешном завершении эндодонтической терапии 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 после проведения эндодонтического лечения в сроки до 1 месяца; в противном случае эндолечение может потерпеть неудачу (что может стать причиной потери зуба, либо потребовать перелечивания корневых каналов). Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения, 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, парезы 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 инволютивных 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.

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 лечения по факту их оказания. Меня уведомили, что клиника и ее персонал не несет ответственности за оказанные стоматологические услуги в следующих случаях: .предоставления услуг по требованию пациента, расходящихся с предложенным врачом планом лечения, о чем делается соответствующая запись в истории болезни.. Возникновения аллергических реакций у пациента, не отмечавшихся ранее.. Осложнений, возникающих по причине неявки пациента в срок, указанный врачом или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций, .переделок и исправления работ в другом лечебном заведении, ремонта, порчи и исправления работы самим пациентом, истечения срока гарантии на оказанные услуги. С гарантийным сроком я ознакомлен._____(Подпись пациента), 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 Фед. 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(на) 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. **Я, получил(а**)от сотрудников клиники полную информацию о новой коронавирусной 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 черезвычайных 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 врачом ООО « Стоматология Айболит» - эндодонтическое лечение корневых каналов . _____
Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Пациент _____ (подпись)

Заказчик /Законный представитель _____(подпись)

Беседу провёл врач _____ _____(Ф.И.О. мед. работника, подпись)
в присутствии сотрудников :_____(должность ФИО подпись)
Дата «_____»_____202__год.