Приложение к договору №____ от _____ на оказание платных медицинских услуг.

ООО «Стоматология «Айболит»

ООО «Стоматология «Айболит» строго руководствуется Основами законодательства об охране здоровья, 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 согласие на проведение медицинского вмешательства

УДАЛЕНИЕ ЗУБА

(простое, сложное, с выкраиванием С.Н.Л. и выпиливанием кортикальной пластинки, ретенированного и полуретенированного зуба, периостотомия, резекция верхушки корня, гемисекция, остеотомия, цистостомия, цистэктомия)

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» согласно моей воле, в доступной для меня форме, проинформирован(а) о состоянии моего здоровья, а именно о нижеследующем:

1.1. О наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания_____
_____ (установленный и/или предварительный диагноз)

1.2. О результатах лечения и обследований, проведённых до настоящего момента.

1.3. О прогнозе и методах дальнейшего лечения, о необходимости и целесообразности применения в дальнейшем тех или иных лекарственных средств.

1.4. Обо всех возможных вариантах медицинского вмешательства, альтернативных видах и методах лечения;

1.5. О целях и формах, болезненности и длительности, предлагаемых вариантах медицинского вмешательства, о наличии показаний к проведению мне указанных в п. 1.4. видов и методов лечения. О режимах моего поведения до, и после лечения, об этапах лечения и о возникновении дополнительных вмешательств на том или ином этапе лечения, о действии применяемых медикаментов, об ожидаемых результатах по каждому возможному варианту медицинского вмешательства, указанному в п.1.4

2. Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, подтверждаю, что мне понятна суть моего заболевания и опасности, связанные с развитием этого заболевания:

2.1. Добровольно в соответствии со ст.32 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан даю своё согласие на проведение мне :удаление зуба простое, сложное, с выкраиванием С.Н.Л. и выпиливанием кортикальной пластинки, ретенированного и полуретенированного зуба, периостотомия, резекция верхушки корня, гемисекция, остеотомия, цистостомия, цистэктомия)р.)

3. Я, доверяю врачам _____Сафронову И.В., Сафронову А.И. провести хирургическую операцию. В исключительных случаях (например, болезнь врача) учреждение может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив моё согласие.

4. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

4.1.Суть операции_____.

4.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

4.3. Допустимость коррекции врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чём меня уведомит врач.

4.4. Возможные альтернативные варианты лечения.

4.5. Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения, или частичного его выполнения, а именно;

- Прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, нарушение общего состояния организма.

4.6. Возможные последствия и осложнения на этапах и после лечения, а именно;

- под влиянием анестезии, а именно: отёк мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, гематома, аллергические реакции, обморок, коллапс, анафилактический шок.
- возможные последствия приёма анальгетиков и антибиотиков (при их назначении), а именно: аллергические реакции, нарушение состава кишечной микрофлоры, лейкопения.
- в процессе операции – кровотечение; натяжение углов рта, с последующим образованием трещин; повреждение соседних зубов и пломб; повреждение нижнего альвеолярного нерва, приводящее к онемению губы, подбородка, дёсен, зубов в прооперированном участке (это может продлиться несколько месяцев); перелом челюсти; вскрытие гайморовой пазухи, что потребует проведения дополнительной операции; вывих нижней челюсти, отлом бугра верхней челюсти.
- после операции –онемение языка , губ, подбородка,зубов, послеоперационный отёк десны и мягких тканей; гематома; воспаление (альвеолит, периостит, остеомиелит, абсцесс, флегмона); требующее дополнительного лечения; ограничение открывания рта или болезненность при глотании в течение нескольких дней или недель.

5. Я обязуюсь выполнять все рекомендации врача до, и после операции:

- Принимать назначенные лекарства.
- не проводить работу, связанную с физическими нагрузками в течение срока рекомендованного врачом.
- не принимать алкоголя и наркотических средств.
- соблюдать гигиену полости рта, а так же являться на профилактический осмотр и профессиональную чистку зубов в сроки установленные врачом.
- я предупреждён, что курение может осложнить заживление операционной раны.

6. Мне объяснена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

7. Мне названы и со мной согласованы:
- Технологии (методы) и биоматериалы, которые будут использованы в процессе лечения.
- Сроки проведения лечения.
- Стоимость отдельных процедур и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня и обоснует это.
- Лекарственные средства, которые будут использоваться.

8. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования;
- Получение ортопантомограммы, прицельного снимка.
- Консультации стоматологов иного профиля _____.
- Консультации врачей общемедицинского профиля_____.
- Я понимаю, что зубоврачебная практика – не точная наука, поэтому невозможно предугадать точный результат операции или лечения. Мой врач разъяснил мне, что невозможно точно предсказать способность десен и челюстных костей к заживлению у каждого пациента.
- Я согласен(а) на проведение метода анестезии, выбранного моим врачом.
- Я согласен(а) на рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения.
- Я согласен(а) регулярно посещать моего врача для осмотра и профилактических процедур.
- Я полностью осознал(а), что во время операции или лечения ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата и даю свое согласие на это.

9. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы доктору все интересующие и непонятные мне вопросы связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получила удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях. Памятку пациенту после удаления зуба получил(а).

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 надо мной 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»

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.