

### Информированное добровольное согласие на проведение стоматологического вмешательства при травме.

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 моем предстоящем лечении, и что я соглашаюсь с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием начала медицинского вмешательства.

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество пациента и/или законного представителя)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения \_\_\_\_\_

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 РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО Стоматологический салон «Консул» медицинским работником

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Я, проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья (моего ребенка), о наличии, характере, степени тяжести травмы и возможных осложнениях после нее и настоящим подтверждаю, что получил(а) детальные объяснения в устной форме о необходимости стоматологического лечения, план которого изложен в медицинской карте. Я проинформирован о стоимости лечения.

Мне объяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риск, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, в том числе рентгенологические, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Мне объяснены возможные сопутствующие явления планируемого лечения: длительность, боль, неудобство, припухлость лица, чувствительность к холоду и теплу, синяки на лице, под глазами, шее, долго не проходящее онемение губ, щек, подбородка, затрудненное открывание рта.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии или после ее проведения.

Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В связи с этим, точная продолжительность лечения, в том числе и этапов зависящих от лечения (например, протезирования) может изменяться.

Я проинформирован(а), что в случае изменения плана лечения, возникает необходимость изменения стоимости лечения. Я согласен полностью оплатить все дополнительные расходы на лечение и диагностику.

Мне ясна вся важность передачи точной достоверной информации о состоянии моего здоровья, а также выполнении всех полученных от врача рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, приема лекарственных препаратов, назначенных врачом.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я проинформирован(а) о важности прохождения профилактических осмотров с рентгенологическим контролем пролеченных зубов.

Я также информирован(а), что негативные последствия для моего здоровья (вред жизни и здоровью), как и недостаточная эффективность оказанной медицинской помощи возможны в следующих ситуациях:

- Вследствие возрастных, наследственных, иммунологических и других особенностей моего организма;
- Вследствие несоблюдения рекомендаций (назначений) лечащего врача во время и после лечения;
- Вследствие любых моих самовольных действий (бездействий) без предварительного согласования с лечащим врачом;
- Вследствие отказа от любой составляющей медицинской помощи, назначенной лечащим врачом;
- Вследствие самовольного препятствия своевременному и полноценному оказанию мне любой составляющей медицинской помощи;
- При сокрытии от лечащего врача любых сведений, касающихся моего здоровья;
- Вследствие побочных эффектов то любой составляющей медицинской помощи;
- Вследствие случайных, непредвиденных обстоятельств;
- При курении, употреблении алкоголя в любых количествах, наркотических и психотропных средств.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью клинической ситуации, вызванной травмой зубочелюстного аппарата, и индивидуальными особенностями человеческого организма.

Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я даю согласие на медицинское вмешательство и лечение \_\_\_\_\_ на предложенных условиях.

Пациент: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО (при наличии) гражданина или его законного представителя)

Врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО врача)

Дата: «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.