Информированное добровольное согласие на стоматологическое лечение

Я, \_\_\_ Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя \_\_\_ дата рождения гражданина или законного представителя \_\_\_, зарегистрированный по адресу: \_\_\_ адрес регистрации гражданина либо законного представителя \_\_\_, проживающий по адресу: \_\_\_ (указывается в случае проживания не по месту регистрации) \_\_\_ в отношении \_\_\_ Фамилия, Имя Отчество (при наличии) пациента (при подписании согласия законным представителем) \_\_\_ дата рождения пациента (при подписании законным представителем) \_\_\_, проживающего по адресу: \_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя) \_\_\_ даю согласие на оказание медицинской помощи в \_\_\_ полное наименование медицинской организации \_\_\_

Я подтверждаю, что получил от лечащего врача \_\_\_ должность, Фамилия Имя Отчество \_\_\_ детальные объяснения о необходимости стоматологического лечения, план которого мне представлен и изложен в медицинской карте. Мне составлена полная письменная смета на стоматологическое лечение, которая мне разъяснена и понятна.

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

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время реализации плана лечения выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана стоматологического лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

Возможно потребуется направление для консультации и лечения в другие медицинские учреждения, мне это понятно, и я с этим согласен(на). В связи с этим точная продолжительность лечения, в том числе и этапов, зависящих от протезирования, может изменяться.

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

Мне ясна вся важность передачи точной достоверной информации о состоянии моего здоровья, а также выполнений всех полученных от врача и персонала рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, проведения консервативного лечения, в котором я буду нуждаться, визитов в указанные сроки, приема лекарственных препаратов, назначенных врачом, и эксплуатации ортопедической конструкции.

Я понимаю, что гарантировать 100%-й положительный результат проведенного лечения (включая имплантацию, протезирование, лечение зубов и десен, исправление прикуса и т. д.) не представляется возможным.

Речь может идти о прогнозах и вероятностях, которые разнятся от пациента к пациенту.

Мне разъяснена необходимость применения анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья, об имеющихся заболеваниях, в том числе хронических, о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

Я понимаю, что мое состояние может измениться во время или после стоматологического лечения. Даю свое согласие на изменения плана лечебных мероприятий и применение альтернативных методов лечения.

Я разрешаю любые изменения плана лечения, применения материалов и дополнительного ухода, если они будут сделаны для моего блага.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) 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), в том числе после смерти:

|  |
| --- |
|   |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) |
|   |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Пациент (его законный представитель) |  |  |  |
|  | Подпись |  | Фамилия Имя Отчество |
| Медицинский специалист |  |  |  |
|  | Подпись |  | Фамилия Имя Отчество |

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.