

Общество с ограниченной ответственностью «Делюкс Дент»
ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

на выполнение стоматологических вмешательств

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 13, 20 ч.1, 30, 31, 32, 33
Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21. 11.2011г.
№ 323-ФЗ (ред. от 28.12.2013г.), с приказом Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012г. №1177н,
приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2012г. №390н.

Мне ,(Ф.И.О. пациента или его законного представителя) _____

разъяснены состояние моего здоровья и характер необходимых диагностических и лечебных мероприятий. Настоящим документом я доверяю Врачу _____ и его коллегам _____ выполнить

терапевтическое **стоматологическое вмешательство (лечение кариеса и иных болезней твердых тканей зуба).**

1. Подтверждаю, что мне подробно разъяснено о необходимости лечения зубов. Меня проинформировали о предполагаемых результатах лечения, шансах и возможных альтернативных путях в данном случае, проверках и процедурах, связанной с этим, разницей в цене. Альтернативные пути лечения были мною проанализированы перед выбором данного лечения. Меня проинформировали о побочных явлениях лечения, включая боль, дискомфорт, отёк и чувствительность к теплу и холоду. Мне объяснили, и я осознаю, что имеется возможность возникновения в процессе лечения необходимости изменения программы лечения, включая дополнительные процедуры, которые невозможно определенно или полностью предвидеть в момент начала лечения, включая обращение к другим специалистам (**эндодонтическое, пародонтологическое, хирургическое вмешательство, протезирование**), и я согласен оплатить все необходимые дополнительные мероприятия и процедуры в полном объеме. Я проинформирован о примерном объеме необходимых финансовых затрат в случае наступления тех или иных обстоятельств.

2. Я понимаю, что в ходе выполнения медицинских действий может возникнуть необходимость осуществления других медицинских вмешательств, исследований или операций. Я доверяю врачу(ам) принимать необходимые в этих случаях решения в соответствии с его (их) профессиональными суждениями и выполнять любые медицинские действия, которые врачи сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

3. Мой лечащий врач разъяснил мне, что невозможно точно предсказать способность десен и челюстных костей к заживлению у каждого пациента. Я понимаю, что бывают случаи неудач, когда зуб приходится удалять в связи с развившимися осложнениями.

4. Я даю согласие **на применение местного обезболивания (анестезия)**, и мне объяснены риски и осложнения, возникающие при этом, включая временное затруднение при открытии рта, временную нетрудоспособность.

5. Мне известно, что во время **терапевтического (хирургического, пародонтологического)** лечения могут быть выявлены заболевания или их особые формы, которые потребуют изменения объема медицинского вмешательства, на что я даю свое добровольное согласие.

6. **Я согласен на рентгенологическое обследование**, необходимое для полноценного лечения.

7. Мне было сообщено, что в ходе лечения будет **применена анестезия**, выбор которой производится лечащим врачом при моем добровольном согласии. Я понимаю, что всегда имеется риск применения анестезии, и такой риск мне был полностью объяснен.

8. Я предупрежден о том, что во время **лечения, удаления, операции, анестезии** и/или после этого могут возникнуть осложнения, связанные со стоматологическим вмешательством, аллергические реакции и, возможно, придется применять анальгетики и антибиотики.

9. Мне объяснены возможные последствия отказа от предлагаемого лечения, включая осложнения.

10. Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии моего здоровья, о наличии/отсутствии ниже перечисленных заболеваний (**ДА - если имеется, НЕТ - если не имеется, писать словами**):

ГЕПАТИТ _____ **ТУБЕРКУЛЕЗ** _____ **СПИД** _____ **БОЛЕЗНИ СЕРДЦА** _____ **САХАРНЫЙ ДИАБЕТ** _____
ВЕНЕРИЧ.ЗАБОЛЕВАНИЯ _____ **БОЛЕЗНИ КРОВИ** _____ **ОНКОЗАБОЛЕВАНИЯ** _____
АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ _____

11. Я подтверждаю, что прочитал и понял все вышеизложенное, имел возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

12. Мое решение является свободным и добровольным, и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Подпись пациента _____ / _____
(Ф.И.О.)

Если пациент не может подписать документ вследствие тяжести своего физического состояния или является несовершеннолетним, то документ подписывается опекуном, представителем (ближайшим родственником)

Подпись опекуна(представителя) _____ / _____
(Ф.И.О.)

В случае возникновения непредвиденной ситуации разрешаю доверить информацию о моем здоровье:

ФИО, тел. _____

Я подтверждаю, что объяснил пациенту (опекуну пациента) все вышесказанное с необходимыми подробностями, и данное соглашение подписано им в моем присутствии после того как я убедился, что он полностью понял мои объяснения.

Подпись Врача _____ / _____
(Ф.И.О.)

« _____ » _____ 2016 г.

дата