

Приложение к Договору № ____ от «__» _____ 201__ г.

Информированное добровольное согласие пациента на стоматологическое лечение.*

Согласие на предварительный осмотр и консультацию

Я, _____, действуя в интересах _____ г.рожд., добровольно обращаюсь за медицинской помощью в ООО «Дантист», предоставляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья (здоровья моего подопечного) и соглашаюсь на проведение осмотра полости рта, манипуляции и исследования, включая рентгенологические, для получения максимально полной картины состояния органов, диагностики и назначения предварительного плана лечения, для возможности врача согласовать этот план со мной. С действующим прейскурантом на платные медицинские (стоматологические) услуги ООО «Дантист» ознакомлен.

Пациент: _____ (_____). «__» _____ 201__ г.

Врач: _____ (_____). «__» _____ 201__ г.

Согласие на осуществление стоматологического лечения

Я, _____, действуя в интересах _____, подтверждаю следующее:

Я в доступной и понятной мне форме информирован/а/ врачом о результатах предварительного осмотра, получил/а/ сведения о результатах диагностического исследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, обоснование необходимости лечения, методах лечения, связанных с вмешательством рисках.

Мне сообщено о выявленной сопутствующей патологии: _____.

Мне известно, что указанное заболевание имеет хроническую форму, и после оказания медицинской помощи может произойти улучшение состояния, но не может быть гарантировано полное выздоровление.

Я информирован/а/ о предполагаемом плане лечения, существующих утверждённых методиках лечения, используемых лекарственных препаратах; мною заданы все вопросы, необходимые для полного понимания сути и способов лечения, и получены на них исчерпывающие ответы.

Я осведомлен/а/, что в процессе медицинского вмешательства может возникнуть необходимость изменения назначенного первоначально лечения из-за возникшей клинической необходимости, а также необходимость назначения дополнительных исследований и процедур, которые мне будет необходимо пройти в процессе лечения.

Все указанные изменения и дополнения будут назначаться мне заблаговременно и разъясняться.

Я предупрежден/а/ о поведении в период амбулаторного лечения, мной получены и поняты рекомендации врача о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях, явках на контрольные осмотры и исследования. Я понимаю, что невыполнение этих рекомендаций может привести к ухудшению моего здоровья, и снижению эффективности лечения по моей вине. Из-за этого клиника не сможет предоставить мне гарантии выздоровления, и я не буду иметь в этом случае претензий к врачу и клинике.

Мне разъяснено, кроме того, что лечебные процедуры могут быть прерваны врачом или отменены из-за их неадекватной плохой переносимости моим организмом, из-за недостаточной исходной подготовленности организма к этим процедурам или при отсутствии положительного результата воздействия. По тем же причинам врачом могут быть заменены лекарственные препараты.

Я знаю, что имею право отказаться от предложенного лечения на любом этапе его осуществления. В то же время, мне разъяснены все возможные последствия этого шага при имеющемся заболевании и его возможном прогрессировании при незавершённом лечении. В этом случае я не буду иметь никаких претензий к стоматологической клинике «Дантист».

Я понимаю, что в процессе оказания мне услуг возможны нештатные ситуации, предвидеть которые в момент оформления данного документа невозможно, и признаю право лечебного учреждения выходить из этих ситуаций по своему усмотрению, даже если это связано с неудобствами для меня, но не повредит при этом моему здоровью.

Я понимаю, что реакция каждого организма, и моего тоже, на медицинское вмешательство непредсказуема и индивидуальна, и различные осложнения возможны. Я ознакомлен/а/ с тем, какие могут возникнуть осложнения:

при терапевтическом приёме и после него:

1. гематома после инъекции анестетика;
2. постпломбировочные боли при накусывании;
3. появление отёка мягких тканей или увеличение имевшегося отёка после терапевтического вмешательства;
4. необходимость послабляющего разреза после эндодонтического лечения зубов;
5. необходимость удаления зуба в случае неэффективности терапевтических методов;

6. возникновение периодонтальных явлений, и изменение рентгенологической картины после пломбировки каналов с плохой проходимостью, или при наличии коллатеральных каналов;
7. возможное попадание пломбировочного материала за верхушечное отверстие корня зуба, в периапикальные ткани, полости и каналы при эндодонтическом лечении зубов;
8. отлом коронковой части зуба при циркулярном кариесе;
9. возможность изменения цвета пломбы при употреблении в пищу в первые сутки после лечения продуктов, содержащих красящие вещества (кофе, свёкла, вишня, и т.п.);
10. возможность отлома эндодонтических инструментов в труднопроходимых каналах;
11. при наличии желудочно-кишечных заболеваний возможно появление тёмной полосы между пломбой и тканями зуба.
12. развитие осложненных форм кариеса (пульпит, периодонтит) после лечения кариеса дентина

при ортопедическом приёме и после него:

1. отёки слизистой оболочки рта, зуд, гиперемия, повышение кровоточивости дёсен;
2. появление натёртостей при съёмном протезировании;
3. рвотный рефлекс;
4. ухудшение эстетического эффекта протезирования из-за отказа удалять зубы;
5. аллергическая реакция на материалы съёмных протезов;
6. изменение дикции, вкусовых ощущений, а также характера слюноотделения;
7. плохая фиксация пластинчатых съёмных протезов при выраженной атрофии альвеолярных гребней;
8. переломы и сколы различных видов съёмных протезов;
9. возможная необходимость перебазировки съёмного протеза из-за атрофии альвеолярного гребня после удаления зубов;
10. асфиксия во время сна в случае неснятия полных съёмных пластинчатых протезов перед сном;
11. травматизация слизистой оболочки рта;
12. плохая фиксация и стабилизация протезов;
13. сколы облицовки постоянных протезов из-за неправильного использования;
14. расцементировка при постоянной или временной фиксации;
15. возможное изменение плана протезирования и, как следствие, стоимости работ при несостоятельности опорных зубов или при изменении пожеланий пациента;
16. появление запаха изо рта и образование налёта на пластинчатых, бюгельных и эластичных протезах из-за несоблюдения пациентом гигиены полости рта;
17. изменение сроков протезирования.

в ходе хирургического вмешательства и после него:

1. гематома после инъекции анестетика;
2. боли в месте инъекции до трёх недель;
3. луночковые боли после удаления зуба, развитие альвеолита, связанное с особенностями развития воспалительного процесса, индивидуальными защитными функциями или особенностями организма, либо с выполаскиванием из лунки кровяного сгустка;
4. кровотечение из лунки или разреза;
5. парестезия в области языка, нижней губы;
6. сообщение полости рта с гайморовой пазухой;
7. гайморит;
8. попадание корня зуба в гайморову пазуху;
9. появление отёка мягких тканей или увеличение имевшегося отёка при хирургическом вмешательстве в период обострения;
10. контрактура жевательных мышц после удаления зуба, боли при глотании;

Я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моём здоровье.

Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему и медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа.

Пациент: _____ (_____). «__» _____ 201__ г.

Врач: _____ (_____). «__» _____ 201__ г.

* - документ составлен в соответствии с Федеральным законом РФ «Об охране здоровья граждан» от 21.11.2011.г. № 323-ФЗ (ред. от 28.12.2013) и Федеральным законом «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 г. № 2300-1(ред. от 05.05.2014).