

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство, включенное в Программу государственных гарантий Чеченской
Республики, для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я, _____,
карта пациента № _____, в рамках Программы государственных гарантий Чеченской Республики и на основании ст. 20
Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
добровольно заявляю о согласии на медицинское вмешательство в форме

(вариант медицинского вмешательства)

– Мне разъяснено и я осознаю, что во время медицинского вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен(на) на то, что ход медицинского вмешательства может быть изменен врачами по их усмотрению.

– Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что медицинское вмешательство сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

– Я предупрежден(а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные медицинские вмешательства, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

– Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

– Я согласен(на) на запись хода медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

– Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

–Дополнительная информация:

(подпись)

(ФИО гражданина или законного представителя гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(ФИО медицинского работника)

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (аяся), _____ проживающий
(ая) по адресу _____,
паспорт № _____

выдан (дата, наименование выдавшего органа) в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.06г. № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие ГБУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» (Далее учреждение) на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о полисе обязательного медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета Пенсионного фонда Российской Федерации (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Предоставляю право осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, обезличивание, использование, блокирование, уничтожение.

В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам, в интересах моего обследования и лечения. Учреждение имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе обязательного медицинского страхования на обмен (прием и передачу) моих персональных данных со страховой медицинской организацией и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования с использованием цифровых носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать мое согласие, которое может быть направлено в письменном виде в адрес Учреждения.

Подпись субъекта персональных данных (с расшифровкой): _____ (_____)

Дата: _____ 20 ____ г.

**Уведомление пациента о несоблюдении назначений (рекомендаций)
врача при оказании медицинской услуги**

Я, _____,
получил(а) разъяснение, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу в ГБУ «Республиканская стоматологическая поликлиника», в том числе назначенного режима лечения, несоблюдения назначений и рекомендаций врача, режима приема лекарственных препаратов, неявка в назначенное время на этапы лечения и последующие профилактические осмотры, бесконтрольное самолечение могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность завершения ее в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Пациент _____

(подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Медицинской помощью, оказанной лечащим врачом в ГБУ «Республиканская стоматологическая поликлиника»:

- удовлетворен ;

- неудовлетворен .

Пациент _____

(подпись)

_____ (расшифровка подписи)

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

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо
законного представителя)

"__" _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (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)

"__" _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
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 Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 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 _____

_____ (полное наименование медицинской организации)
Медицинским работником _____
(должность, ФИО (при наличии) медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в **Перечень**, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных **частью 9 статьи 20** Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

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. N 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)

(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его
законного представителя, телефон)

(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

"__" _____ г.
(дата оформления)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Хирургическое лечение *

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст. 20 ФЗ-№323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Подписание Вами данного документа является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента)
проинформирован(а) моим лечащим врачом _____
(фамилия, имя, отчество пациента)
о поставленном диагнозе _____
(диагноз)
и необходимости проведения хирургической операции _____
(суть операции, на какой зуб (зубы))

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованного плана лечения. Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема).

Последствиями отказа от хирургического лечения могут быть: прогрессивные заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а так же обострение системных заболеваний организма.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске хирургического лечения, включая вероятность осложнений.

Основные осложнения оперативного лечения обусловлены в первую очередь анатомо-физиологическими особенностями моего организма. Хирургическое лечение в области верхней челюсти проводится при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи носа возможно воспалительное осложнение в этой области. При хирургическом вмешательстве в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнему каналу, возможно онемение языка, губ подбородка, тканей нижней челюсти.

Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области.

Я осведомлен(а) о возможных альтернативных способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я также информирован(а), что в ряде конкретных случаев хирургическое вмешательство является единственным способом лечения.

Я информирован(а) так же о всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время хирургической операции и в послеоперационном периоде, в т.ч.:

- Возможность болевых ощущений в течение послеоперационного периода;
- Возможность сохранения припухлости мягких тканей;
- Повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации;
- Ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов.

Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру лечения и дискомфорт послеоперационного состояния может быть в течении нескольких дней.

Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта непрогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта. Вследствие оперативного лечения возможно возникновение онемения в области оперативного вмешательства, формирование рубца.

Мне известно, что до начала хирургического вмешательства я могу отказаться от его проведения.

Мне понятен предлагаемый метод лечения, а так же я согласен(а) с возможным расширением его объема и изменениями в процессе операции по показаниям.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 мин до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

* **Примечание:** если Пациент не достиг возраста 15 лет, согласие на медицинское вмешательство подписывает его законный представитель

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

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а так же о все имеющихся у меня заболеваниях.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни и недуги. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Я информирован о необходимости в течение 24 часов после операции соблюдать полный покой: не работать и не управлять автомобилем, не жевать и не разговаривать; соблюдать щадящую (жидкую) диету и гигиену полости рта.

Я понимаю необходимость рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(на) на его проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

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.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке, действующем в ГБУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» на хирургическое лечение и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а так же предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я доверяю врачу _____ и согласен(на), что в исключительных случаях (болезнь

(фамилия, И. О врача)

отпуск, увольнение и т.п.) клиника может заменить врача, уведомив меня об этом лично либо по телефону и получив мое согласие.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для проведения мне хирургической операции на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____ /
(подпись пациента) (подпись пациента)

* Являясь законным представителем Пациента-ребенка, я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для проведения ему хирургической операции на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись представителя: _____ / _____ /
(подпись пациента) (подпись пациента)

Беседу провел врач: _____ / _____ /
(подпись пациента) (подпись пациента)

Дата « _____ » _____ 20 _____ г.

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.

Мне разъяснена необходимость, как во время лечения, так и после его окончания приходить на назначенные врачом контрольные осмотры и профилактические мероприятия, соблюдать гигиену полости рта.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен (на) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я ознакомлен(а) со стандартом, утвержденным МЗ РФ, в соответствии с которым при лечении глубокого кариеса существует риск возникновения пульпита.

Я получил(а) полную информации о гарантийном сроке, действующем в ГБУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» на лечение кариеса и пломбирование и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а так же предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я доверяю врачу _____ и согласен (на), что в исключительных случаях
(фамилия, имя, отчество врача)

(болезнь врача, отпуск, увольнение и т.п.) клиника может заменить врача, уведомив меня об этом лично либо по телефону и получив мое согласие.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для лечения кариеса зубов (либо пульпита) на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____
(подпись пациента) (расшифровка подписи)

Являясь законным представителем Пациента-ребенка, я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для лечения ребенку кариеса зубов (либо пульпита) на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись представителя: _____ / _____
(подпись представителя) (расшифровка подписи)

Беседу провел врач: _____ / _____
(подпись врача) (расшифровка подписи)

Дата «__» _____ 20__ г.

Примечание: если Пациент не достиг возраста 15 лет, согласие на медицинское вмешательство подписывает его законный представитель.

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства**Эндодонтическое лечение***

(лечение корневых каналов)

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.20 ФЗ-№323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ» сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

Проинформирован(а) моим лечащим врачом _____ о поставленном
(фамилия, имя, отчество лечащего врача)

диагнозе _____
(диагноз)

и необходимости проведения эндодонтического лечения (лечения корневых каналов) зубов _____ в соответствии с рекомендованным планом лечения.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию, с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым мне лечением и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать согласие на проведение данного лечения.

Эндодонтическое лечение имеет своей целью раскрытие полостей корневой системы, их механическую и медикаментозную обработку для удаления возбудителей инфекции, так же постоянное пломбирование корневых каналов для обеспечения стабильного долговечного результата. Положительный результат эндодонтического лечения заключается в исчезновении воспаления на верхушке корня и проявляется в период от 3-х до 12-ми месяцев.

Последствием отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба, а также системные проявления заболевания.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового.

Хотя эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а так же сроки проведения лечения.

Врач понятно объяснил мне, в чем будет заключаться предложенное лечение и все возможные осложнения предложенного лечения и последствия, которые могут возникнуть как во время лечения корневых каналов, так и после его окончания, а именно:

1. Имеется определенный процент (5-10 %) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать: перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удаления зуба.

2. ощущение дискомфорта после лечения продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач может назначить лекарственные препараты, если сочтет это нужным;

3. во время лечения корневых каналов, особенно искривленных, возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба или вызвать необходимость применения других манипуляций;

4. если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного протеза, то при создании доступа к корневым каналом данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции, либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом также возможно ее необратимое повреждение). Также при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти раскол или перелом самого зуба, что может привести его к удалению;

5. даже при успешном завершении эндодонтического лечения нельзя дать гарантии, что зуб не подвергнется кариозному разрушению или перелому в будущем.

При перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, что связано:

- С невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала;
- С сильной кальцификацией (плохой проходимостью) корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов). При лечении искривленных корневых каналов также имеется более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня.

Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтического лечения.

Врач также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения, в противном случае последнее может потерпеть неудачу (что может стать причиной потери зуба, либо потребовать повторного лечения корневых каналов).

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и, по усмотрению врача, его нужно защитить от перелома путем установления коронки (вкладки).

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 мин до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение растворов проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения, 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, области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а так же о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.

Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. 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.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат эндодонтического лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке, действующем в ГБУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» на эндодонтическое лечение и пломбирование корневых каналов и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Мной заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы на них.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а так же предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я доверяю врачу _____ и согласен(на), что в исключительных случаях (болезнь _____ (фамилия, И.О. врача) врача, отпуск, увольнение и т.п.) клиника может заменить врача, уведомив меня об этом лично либо по телефону получив мое согласие.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство с целью проведения эндодонтического лечения и предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____
(подпись пациента) (расшифровка подписи)

Беседу провел врач: _____ / _____
(подпись врача) (расшифровка подписи)

Дата «__» _____ 20__ г.

Примечание: если Пациент не достиг возраста 15 лет, согласие на медицинское вмешательство подписывает его законный представитель.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Лечение заболевания пародонта*

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст. 20 ФЗ-№323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

проинформирован(а) моим лечащим врачом _____
(фамилия, имя, отчество лечащего врача)

о поставленном диагнозе _____
(диагноз)

и необходимости проведения профессиональной гигиены полости рта и пародонтологического лечения согласно рекомендованного плана лечения.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию, с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым мне лечением и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать согласие на проведение данного лечения.

Пародонтологическое лечение имеет своей целью устранение очагов инфекции в полости рта с целью продления срока службы зубов, оздоровления полости рта и всего организма. В ходе лечения могут быть использованы:

консервативные методы (полировка зубов, медикаментозная обработка, снятие зубных отложений, закрытый кюретаж зубодесневых карманов),

хирургические методы (открытый кюретаж зубодесневых карманов – лоскутная операция, наращивание костной ткани, пластика десны),

ортодонтические и ортопедические методы (шинирование, протезирование).

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба(ов), а так же системные проявления заболевания.

Альтернативой данного лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов), отказ от лечения как такового.

Я информирован(а) обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время лечения и при проведении хирургической операции на пародонте, в т.ч.:

- возможности болевых ощущений в течение послеоперационного периода;
- возможности сохранения припухлости мягких тканей;
- возможности расхождения швов в послеоперационном периоде;
- повышения температуры тела и наличие симптомов интоксикации;
- ограничения открывания рта, увеличение лимфатических узлов;
- обнажения шеек зубов и изменение рельефа десневого края.

Хотя пародонтологическое лечение и гигиена полости рта имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 мин до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

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.

* Примечание: если Пациент не достиг возраста 15 лет, согласие на медицинское вмешательство подписывает его законный представитель

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

Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

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 информирован о необходимости в течение 24 часов после операции соблюдать полный покой: не работать и не управлять автомобилем, не жевать и не разговаривать.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения кариеса не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а так же альтернативы предложенному лечению.

Я осознаю ответственность за сохранение своего здоровья и обязуюсь соблюдать правила личной гигиены полости рта и соблюдать все рекомендации врача, а также согласен(а) 1-2 раза в году являться на профилактические осмотры, а также для проведения профессиональной гигиены.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке, действующем в ГБУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» на пародонтологическое лечение и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Мне сообщены, разъяснены и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения и сроки проведения лечения.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы на них.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а так же предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я доверяю врачу _____ (фамилия, И О врача) и согласен(на), что в исключительных случаях (болезнь врача, отпуск, увольнение и т.п.) клиника может заменить врача, уведомив меня об этом лично или по телефонному звонку и получив мое согласие.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для лечения заболевания пародонта на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

* Являясь законным представителем Пациента-ребенка, я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для лечения ему заболевания пародонта на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись представителя: _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

Беседу провел врач: _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

Дата « ___ » _____ 20__ г.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**Лечение молочных зубов**

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.20 ФЗ-№323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ» сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении моего ребенка (ребенка которого я сопровождаю) и что согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

являясь законным представителем ребенка _____
(фамилия, имя, отчество ребенка до 15 лет)

проинформирован(а) его лечащим врачом _____ о состоянии здоровья
(фамилия, имя, отчество лечащего врача)

о состоянии здоровья ребенка и поставленном ему диагнозе _____
(диагноз)

Я получил(а) подробные разъяснения по поводу заболевания ребенка и рекомендованного плана лечения.

Я понимаю, что при данной клинической ситуации очень сложно поставить точный диагноз (степень поражения зуба) и спланировать соответствующее лечение, не прибегая к вмешательству, в связи с чем в ходе лечения возможно уточнение диагноза и коррекция намеченного плана и технологий лечения, о чем меня уведомил лечащий врач. Окончательное решение по плану лечения врач может принять только после того, как проведено удаление всех пораженных кариесом тканей зуба (зубов).

Я понимаю, что стоимость лечения зависит от того, какой вариант лечения будет возможен.

Я информирован(а) о возможных альтернативных методах лечения, а именно удаление пораженного зуба (пораженных зубов), серебрение зуба (зубов), либо не проведение лечения как такового.

Я информирован(а) о существовании нескольких методик лечения осложненных форм кариеса молочных зубов, а именно:

- Удаление пульпы из коронковой части зуба, а в корневой части зуба пульпа сохраняется. Такое лечение проводится в одно или три посещения врача;
- Удаление оставшейся части пульпы из корня и из коронковой части зуба, корневые каналы пломбируются лекарственными препаратами. Такое лечение возможно в два или три посещения.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпу. Длительность эффекта может варьироваться от 15 мин до нескольких часов в зависимости от вида анестетика индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти.

Я проинформировал (а) врача о всех случаях аллергии ребенка к медикаментозным препаратам лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я осведомлен (а) о последствиях полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, именно: прогрессирование воспалительного процесса; переход воспаления на зачаток постоянного зуба; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; некоторые нарушения общего состояния организма; развитие осложнений (у детей оно происходит быстрее, чем у взрослых, что обусловлено особенностями кровоснабжения челюстно - лицевой области).

Я информирован (а) о всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после лечения в том числе:

- 1) при применении анестезии возможен отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции. Поскольку после анестезии чувствительность тканей значительно снижена, ребенок может накусать щеки, губы.
- 2) при приеме анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения) возможны аллергические реакции изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

- 3) определенный процент (5-10 %) неэффективного лечения молочных зубов по причине его анатомо физиологической специфики, а также индивидуальных особенностей молочных зубов у конкретного пациента и состояния его здоровья.
- 4) необходимость хирургического вмешательства в районе мягких тканей, окружающий зуб, или даже удаление зуба.
- 5) после лечения с наложением лечебной прокладки возможно появление болевых ощущений в зубе при нарастании которых врач вынужден будет провести эндодонтическое лечение;
- 6) обострение заболевания может возникнуть и в более отдаленные сроки, и это тоже приведёт эндодонтическому лечению;
- 7) при эндодонтическом вмешательстве возможно появление болевых ощущений в зубе при надкусывании, жевании
- 8) при серебрении цвет зуба (зубов) изменяется (темнеет).

Я информирован (а) о необходимости после лечения осложненной формы кариеса восстановления анатомической формы зуба пломбировочным материалом.

Понимая сложность предстоящего лечения, я обязуюсь приводить ребенка на контрольные осмотры и следит за соблюдением ребенком гигиены полости рта.

Мной заданы все интересующие меня вопросы и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них.

Мне сообщены, разъяснены и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения и сроки проведения лечения.

Я согласен(на), что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения при лечении осложненной формы кариеса и согласен что вероятен риск дальнейшего осложнения – пульпит.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность детского организма, а также организма моего ребенка, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю что ожидаемый мной результат лечения заболевания молочных зубов не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения ребенка специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке, действующем в ГБУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» на лечение молочных зубов и ознакомлен(а) со всеми условиями предоставления гарантии, которые обязываюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишюсь права на гарантию.

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

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования, а именно получение прицельного компьютерного снимка, консультация врача иного профиля.

Я разрешаю использовать информацию о заболевании ребенка, фотографии его зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а так же предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг его Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я доверяю врачу _____ и согласен (на), что в исключительных случаях (болезни врача, отпуск, увольнение) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом лично либо по телефонному звонку и получив мое согласие.

Являясь законным представителем Пациента-ребенка, я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для лечения заболевания молочных зубов на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись представителя: _____ / _____ /
(подпись представителя ребенка) (расшифровка подписи)

Беседу провел врач: _____ / _____ /
(подпись врача) (расшифровка подписи)

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Проведение комплекса профессиональной гигиены

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст. 20 ФЗ-№323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Подписание Вами данного документа является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

обращаюсь в ГБУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» для проведения комплекса лечебных манипуляций по профессиональной гигиене, который доверяю проводить врачу

(Ф.И.О. врача)

Я, получил (а) подробные объяснения по поводу состояния моих зубов и полости рта и понимаю, что при проведении лечебных манипуляций по комплексу стоматологической профилактики существует определенная степень риска.

Я, ознакомлен (а) с тем, что при наличии кардиостимулятора я должен отказаться от ультразвуковой обработки зубов при снятии зубного камня, так как ультразвуковые колебания могут вызвать нарушения в работе кардиостимулятора у пациентов с заболеванием сердца.

При лечении с использованием аппарата «Аир-Флоу» необходимо одевать защитные очки. Случайно попавшая в глаза струя порошка может привести к тяжелому поражению глаз.

Если вы носите очки или контактные линзы, их нужно снять во избежание возможного повреждения при лечении.

При ослабленных или разрыхленных деснах струя порошка с воздухом может вызвать их повреждение и непродолжительную кровоточивость после лечения.

При наличии таких заболеваний как хронический бронхит или астма Вы должны предупредить врача, так как аэрозольное облако, создаваемое при процедуре «Аир-Флоу» состоит из тонкой смеси порошка и воздуха и может вызвать респираторные затруднения (затруднения дыхания).

Если Вы находитесь на бессолевой диете, то также предупредите об этом врача, так как некоторые профилактические порошки при проведении процедуры «Аир-Флоу» состоят из бикарбоната натрия, то есть содержат соль.

Привкус лимона у профилактического порошка «Аир-Флоу» в отдельных случаях может привести к аллергическим реакциям, так что при необходимости также предупредите об этом врача.

После проведения комплекса профессиональной гигиены появляются эффект отбеливания зубов, так как при проведении комплекса профилактики снимается зубной камень и налет от пищевых красителей, а также так называемой «налет курильщика». При этом достигнутый результат может очень быстро исчезнуть, то есть зубы могут снова потемнеть до первоначального состояния.

Я осведомлен (а) о возможных осложнениях как при проведении комплекса профилактических мероприятий, так и после их окончания.

Во-первых, возможно повышение чувствительности зубов в течение первых 24 часов, то есть появится болезненность при действии термических и химических раздражителей. Эти ощущения обычно проходят в течение 1-2 дней.

Во-вторых, возможно появление болезненности в области десневого края, а также видимые незначительные его изменения и повреждения: шероховатость, покраснение, побледнение и т.д.

В-третьих, после проведения комплекса профессиональной гигиены возможен риск возникновения незначительного цветового различия между собственными тканями зуба и пломбами, а также протезами, которые имеются в полости рта. Это происходит в силу того, что при снятии зубного камня и налета оказывается гораздо меньшее воздействие на пломбировочные материалы и зубные протезы. Поэтому я знаю, что пломбы и реставрации после проведения комплекса профессиональной гигиены, возможно, придется переделать.

Я осведомлен (а) об альтернативных методах лечения, направленных на снятие зубного камня и налет: механическое удаление зубного камня при помощи ручного инструмента или пневмо-скалера; чистка зубов использованием абразивных паст.

Я знаю, что при курении и употреблении продуктов, содержащих красящие вещества (в том числе чай кофе), а также при недостаточном соблюдении гигиены полости рта, возрастает скорость образования налет и зубного камня и потемнения зубов.

Я предупрежден о том, что в течение двух часов после проведения комплекса профессиональной гигиены мне нельзя принимать пищу, курить, пить газированные напитки, соки, содержащие пищевые красители, так как в течение двух часов на поверхности зубов восстанавливается защитная пленка (кутикула).

Я проинформировал (а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а так же о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен (а) тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а так же предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я доверяю врачу _____ и согласен (на), что в исключительных случаях (болезнь врача, отпуск, увольнение и т.п.) клиника может заменить врача, уведомив меня об этом лично либо по телефону и получив мое согласие.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство с целью проведения комплекса лечебных манипуляций по профессиональной гигиене полости рта на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____
(расшифровка подписи) (подпись пациента)

Беседу провел врач: _____ / _____
(расшифровка подписи) (подпись пациента)

Дата «__» _____ 20__ г.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Ортопедическое лечение

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст. 20 ФЗ-№323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Подписание Вами данного документа является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента)
проинформирован(а) моим лечащим врачом _____ о поставленном
(фамилия, имя, отчество лечащего врача)
мне диагнозе _____
(диагноз)

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованного плана лечения.
Врач рекомендовал мне выбрать следующую конструкцию протеза: _____

Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые, в моём случае, будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа).

Последствиями отказа от протезирования вообще могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведённого эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, строгого соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза.

Хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить моё стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что протезирование является своего рода вмешательством в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубо-челюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твёрдой ткани зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

Я понимаю, что в зубочелюстной системе с возрастом происходят изменения, ослабляющие структуру зуба и его соединение с подлежащими тканями челюсти. При отсутствии зубов нагрузка на оставшиеся зубы существенно возрастает, и это приводит к их разрушению. Поэтому я обязуюсь выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и протезами, а также обязуюсь приходить на контрольные осмотры в соответствии с установленным планом лечения.

Я знаю, что в качестве опоры для зубных протезов могут быть использованы только здоровые или качественно подготовленные (пролеченные) зубы и ткани пародонта, а также извещен(а) о необходимости рентгенологического исследования.

Я понимаю, что в случаях, когда в качестве опоры протеза используется зуб с некачественно пломбированными корневыми каналами, с очагами деструкции в области верхушки корня, с заболеванием пародонта и другими отклонениями от стандарта (которые не удалось устранить в процессе лечения), - возрастает риск обострения заболевания зуба и ухудшения его состояния, и в результате это может привести к удалению зуба и зубного протеза.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 мин до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и

индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

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 осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а так же о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Я осведомлен(а), что в период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработке зубов, снятии оттисков, коррективке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания, жевания и речи.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях, возникающих во время эксплуатации протезов (особенно при увеличении нагрузки), в том числе возникновение переломов протезов, трещин, отколов облицовочного материала, изменения цвета, стирание зубов антагонистов, возникновение участков повышенной окклюзии, обострение хронических процессов в опорных зубах и др.

Я осведомлен(а), что при наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта.

Я осведомлен(а), что при наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания, поломки протеза.

Я информирован(а) о том, что в случае изготовления бюгельного протеза на телескопической фиксации с использованием вторичных телескопических колпачков, необходимо производить платную замену вторичных гальванических колпачков в связи со снижением качества фиксации из-за физического износа фрикционных частей. Такую замену необходимо производить один раз в 2 года в том случае, если первичная (несъемная) часть изготовлена из сплавов драгоценных металлов. В случае изготовления первичного колпачка из неблагородных сплавов, которые отличаются повышенной твердостью, физический износ гальванического колпачка происходит быстрее.

Я согласен(а), что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мной результата с действительным результатом и понимаю, что при установленном в стоматологической клинике гарантийном сроке на каждый из видов протезов, никто не может гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезом.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке, действующем в ГБУ «Республиканская стоматологическая поликлиника» на ортопедическое лечение и зубные протезы и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а так же предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я доверяю врачу _____ и согласен(на), что в исключительных случаях (болезнь врача,

отпуск, увольнение и т.п.) клиника может заменить врача, уведомив меня об этом лично либо по телефону и получив мое согласие.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство с целью проведения ортопедического лечения на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____ /
подписи) (подпись пациента) (расшифровка

Беседу провел врач _____ / _____ /
(подпись врача) (расшифровка подписи)

Дата «___» _____ 20__ г.

Договор на оказание платных медицинских услуг

г. Грозный

« ____ » _____ 20__ г.

ГБУ «Республиканская стоматологическая поликлиника», именуемое в дальнейшем – «Медицинское учреждение», в лице главного врача Умарова Юнуса Алгиреевича, действующего на основании Устава и Лицензии № 20-01-000291 от 29 ноября 2012 года на право осуществления медицинской деятельности, выданной Управлением Росздравнадзором по Чеченской Республики (г. Грозный, пр. Исаева 36, тел. 8(8712) -33-28-51), с одной стороны, и в дальнейшем именуемый «Пациент», с другой стороны, именуемые вместе и по отдельности «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1 По настоящему договору «Медицинское учреждение» оказывает пациенту:

- доврачебную _____ ;
 амбулаторно-поликлиническую _____

(далее по тексту – медицинские услуги по всему профилю деятельности согласно п.2.1.1, договора в соответствии с Тарифами платных медицинских услуг (далее – Тарифы), утвержденными в установленном порядке, а Пациент обязуется оплатить оказанные услуги.

1.1. Подписав настоящий договор Пациент добровольно согласился на оказание ему указанных услуг на платной основе.

2. Права и обязанности сторон

2.1. «Медицинское учреждение» обязуется:

2.1.1. Оказать Пациенту платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых Пациенту платных медицинских услуг.

2.1.2. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения в полном объеме в соответствии с настоящим договором после внесения Пациентом денежных средств в порядке, определенном разделом 3 настоящего договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

2.1.3. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

2.1.4. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством порядке.

2.1.5. Вести учет видов, объемов, стоимости, оказанных Пациенту медицинских услуг, а также денежных средств, поступивших от Пациента.

2.1.6. Немедленно извещать Пациента о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Дополнительные медицинские услуги, при необходимости их оказания, предоставляются: в случае оказания Пациенту медицинской помощи – на основании дополнительного соглашения к настоящему договору, в иных случаях – на основании отдельно заключаемого договора.

2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Оплачивать стоимость медицинских услуг, указанных в п.2.1.1, до начала ее оказания согласно утвержденным в «Медицинском учреждении» Тарифам, и в порядке, определенном разделом 3 настоящего договора.

2.2.2. Предоставить врачу данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне «Медицинского учреждения», (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.2.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору.

2.2.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать Правила внутреннего распорядка «Медицинского учреждения», лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

3. Ответственность сторон

3.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

3.2. «Медицинское учреждение» не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном объеме информации о своем здоровье в соответствии с п.2.2.2, либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п.2.2.4 настоящего договора.

3.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение, либо ненадлежащее исполнение своих обязательств, по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы или других форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки, принятие компетентными органами решений и т.п.), препятствующие выполнению обязательств по настоящему договору.

4. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов

4.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Пациенту согласно п.2.1.1 настоящего договора, определяется в соответствии с действующими Тарифами платных медицинских услуг, утвержденными «Медицинским учреждением».

4.2. Расчеты между сторонами осуществляются в российских рублях, через кассу.

4.3. Оплата медицинских услуг осуществляется Пациентом лично (либо иным – *супругом, отцом, матерью, сыном, дочерью, усыновителем, попечителем; лицом, действующем по доверенности*) в полном объеме в течение двух дней с момента подписания настоящего договора.

4.4. В случае, если по каким-либо причинам, не зависящим от «Медицинского учреждения» и Пациента, объем оказываемых Пациенту медицинских услуг, предусмотренным настоящим договором, сократится, либо оказание медицинских услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, остаток суммы в рублях, внесенный за медицинские услуги, предусмотренные п.2.1.1 настоящего договора, возвращается Пациенту (либо иному лицу, указанному в п.3.3, договора), через кассу.

4.5. В случае невозможности исполнения «Медицинским учреждением», обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Пациента, в том числе при нарушении им медицинских предписаний, установленного лечебно-охранительного режима и др., стоимость медицинских услуг подлежит оплате в полном объеме.

4.6.

5. Конфиденциальность

5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

6. Срок действия договора и условия прекращения договора

6.1. Настоящий договор считается заключенным с момента подписания сторонами и действует до исполнения сторонами своих обязательств.

7. Прочие условия

7.1. Стороны обязуются решать все возникшие по настоящему договору споры путем переговоров представителей сторон. Все неурегулированные сторонами споры в рамках выполнения настоящего договора разрешаются в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

8. Адреса и реквизиты сторон:

«Медицинское учреждение»:

ГБУ «РСП»

Адрес: ЧР, г. Грозный, ул. Шейха А-Х. С. Яндарова, 55

ИНН 2014000156 КПП 201401001

ОКПО 49481548 ОКВЭД 85.12

ОГРН 1022002546004

«Пациент»:

Паспорт серия _____ № _____

Выдан « _____ » _____ года

Кем выдан _____

Адрес регистрации _____

9. Подписи сторон:

Главный врач

Пациент

_____/Ю.А. Умаров/

_____/_____/

Для пациентов, за платные медицинские услуги которых оплату производят иные лица:

С условиями договора ознакомлен (-на). Согласен (-на) принять на себя финансовые обязательства по данному договору – супруг (-а), отец, мать, сын, дочь, усыновитель, попечитель; лицо, действующее по доверенности (*нужное подчеркнуть*).

(Ф.И.О., паспорт серия, номер, кем и когда выдан, адрес регистрации, телефон; документ удостоверяющий личность)

Подтверждаю, что полностью информирован о возможности получения медицинской помощи бесплатно в соответствии с законодательством РФ. Заключением настоящего договора свидетельствую личное желание получить медицинские услуги за плату _____ (_____)

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. «О персональных данных» № 152/ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных _____ (_____)

АНКЕТА ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА

Ф.И.О. пациента _____

Сообщенные Вами сведения позволят врачу подобрать эффективную анестезию, лекарства, методы лечения, правильно составить план лечения. Ваши данные не будут доступны посторонним лицам.

Диагноз(состояние)	+/-	Диагноз(состояние)	+/-	Диагноз(состояние)	+/-
Стенокардия, ИБС, перенесенный инфаркт		Беременность, кормление грудью (женщины)		Гемодиализ, заболевания почек	
Гипертония(повышенное кровяное давление)		Аллергические реакции после приема лекарственных средств		Принимаете ли Вы какие-нибудь лекарственные препараты на данный момент	
Перенесенный инсульт					
Сахарный диабет		ВИЧ		Курение	
Туберкулез		Глаукома		Заболевания крови	
Эпилепсия		Кожно-вен. заболевания		Другие заболевания	

Примечания: _____

Все перечисленные выше ответы правильны и корректны.

Подпись

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

1. Профилактические мероприятия:

мотивация по факторам риска стоматологических заболеваний, обучение гигиене _____

профессиональная гигиена _____

2. Терапевтическое лечение:

замена пломб _____

лечение кариеса и некариозных поражений _____

эндодонтическое лечение _____

лечение заболеваний слизистой оболочки рта _____

другое _____

3. Хирургическое лечение:

удаление зубов, корней _____

амбулаторно-хирургические операции _____

другое _____

4. Дополнительные диагностические мероприятия _____

5. Консультация других специалистов _____

Подпись врача _____

Подпись пациента _____