

ООО Стоматологический Центр «Жемчуг»

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение медицинского вмешательства:

стоматологическое лечение детей до 15 лет

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст.20
ФЗ от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст. ст. 19-23 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____,
(Фамилия, имя, отчество)

паспорт: _____ выдан: _____
(серия, номер) (когда, кем)

являюсь законным представителем пациента (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____,
(Фамилия, имя, отчество, год рождения)

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента, число, месяц, год рождения)

зарегистрированный по адресу: _____,
(адрес места жительства гражданина)

подтверждаю, что лечащий врач-стоматолог _____
проинформировал меня, что в результате предварительного обследования мне установлен диагноз: _____
(заполняется врачом).

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о предстоящем лечении: диагноз, допустимость его уточнения в процессе лечения, индивидуальный план лечения, возможность корректировки плана и технологии лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в ходе лечения, о чем меня уведомит врач. Возможные альтернативные варианты: удаление пораженного зуба (зубов) или отказ от лечения. Мне понятны возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения: прогрессирование воспалительного процесса; переход воспаления на зачаток постоянного зуба; потеря зуба; появление (нарастание) болевых ощущений; нарушения общего состояния организма; ускоренное развитие осложнений, обусловленное особенностями кровоснабжения челюстно-лицевой области у детей. Я согласен(на) на рентгенологическое

обследование, необходимое для полноценного лечения. Возможные последствия местной анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции. После анестезии чувствительность тканей значительно снижена, поэтому ребенок легко может травмировать (прикусить) щеки, губы или язык. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического баланса, нарушение состава кишечной микрофлоры. Я ознакомлен со стоимостью отдельных процедур (этапов) и предварительной стоимостью лечения в целом. Мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение индивидуальных профилактических рекомендаций лечащего врача. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительно консультация врача иного профиля. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения. Возможные осложнения в процессе и после лечения: определенный процент (5-10%) неэффективного лечения молочных зубов по причине его медицинской специфики, а также вследствие индивидуальных особенностей молочных зубов у конкретного пациента и общего состояния его здоровья; необходимость хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаление зуба. Лечение осложненных форм кариеса молочных зубов может проводиться в два или три посещения. Выбор методики лечения проводит врач с учетом всех существенных факторов. После лечения осложненных форм кариеса необходимо восстановление коронковой части зуба: постановка пломбы или коронки, если зуб разрушен более чем на 1/3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. Мне сообщены, разъяснены и согласованы со мной: технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться при лечении, и сроки проведения лечения.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился (ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет правовые последствия.

Настоящее информированное добровольное согласие является неотъемлемой частью моей медицинской карты и действительно на время действия договора на оказание мне стоматологических услуг в ООО Стоматологический Центр «Жемчуг».

Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ЛИЧНО ПРОЧИТАЛ ДОКУМЕНТ И ДАЮ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВЫШЕОГОВОРЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО.

Пациент _____
Ф. И.О. пациента или законного представителя _____ подпись _____

Беседу провел врач _____
Ф. И.О. врача _____ подпись _____

Дата « _____ » _____ 20 _____ г.

Примечание: при приеме детей до 18 лет обязательно подписывается родителем (опекуном)