

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

ТРАВМА ЗУБА

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)

добровольно обращаюсь в ООО «Жемчуг», далее именуемое «Исполнитель», и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: травма зуба.

Травма зуба – это результат однократно (острая) или многократно повторяющегося (хроническая) действия повреждающего фактора, приводящего к нарушению анатомической целостности и функции зуба.

Цели медицинского вмешательства при травме зуба: сохранение травмированного зуба и (или) зачатка постоянного зуба, заживление тканей, окружающих зуб, профилактика осложнений травмы. Альтернативный вариант медицинской помощи при травме: удаление травмированного зуба, непроведение лечения как такового. Предполагаемые результаты лечения. Ожидаемыми результатами лечения являются: восстановление целостности, функции и эстетики зубного ряда.

Я понимаю, что эстетическая оценка результатов лечения субъективна.

Я информирован(а) и мне понятно, что итоговый результат лечения может отличаться от ожидаемого мною.

Мне понятно, что лечение травмы временного/постоянного зуба(ов) будет выполняться врачом в соответствии с «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) утвержденными Решением Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России», а также иными клиническими рекомендациями и методиками, действующими в Российской Федерации. Лечение травмы временного/постоянного зуба(ов) может быть как хирургическим (удаление зуба) так и консервативным (эндодонтическое лечение с последующей иммобилизацией (шинированием) зуба (части зуба). Я также понимаю, что, возможно, в дальнейшем потребуются дополнительное лечение корневых каналов для предотвращения или устранения инфекционного процесса в зубе. Я также понимаю и осознаю, что после проведенного лечения не исключен риск удаления поврежденного зуба(ов).

Я понимаю, что при данной клинической ситуации очень сложно поставить точный диагноз (степень травматического поражения зуба) и спланировать соответствующее лечение, в связи с чем в ходе лечения возможно уточнение диагноза и коррекция намеченного плана лечения, о чем меня уведомят лечащий врач. Я соглашаюсь с тем, что врач не может предсказать эмоциональную реакцию пациента, законным представителем которого я являюсь, во время выполнения манипуляций, поэтому невозможно точно предсказать длительность лечения, количество необходимых посещений, возможность завершения планируемого этапа лечения во время текущего посещения. Я информирован(а), что лечение проводится для каждого травмированного зуба. Мне разъяснен и понятен предварительный план лечения.

Я подтверждаю, что проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии у пациента, законным представителем которого я являюсь, в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Мне понятно разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".

Исполнитель в доступной форме уведомил меня об осуществляемой им медицинской деятельности, о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи, об эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях (о сроках их годности (гарантийных

сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению), о графике работы, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, о правилах и условиях эффективного и безопасного использования результатов оказанных медицинских услуг, положении о гарантиях, о правилах использования установленных стоматологических конструкций.

Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях.

Я честно, без утайки, сообщил(а) лечащему врачу о состоянии здоровья пациента, законным представителем которого я являюсь: перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п. Я осознаю, что при сокрытии информации о здоровье пациента, законным представителем которого я являюсь, я самостоятельно несу за это ответственность, я понимаю, что это может негативно сказаться на результатах и сроках лечения, стоимости медицинских услуг.

Я информирован(а), что должен(а) сообщать лечащему врачу обо всех случаях возникновения состояний (осложнений), как острых так и хронических (в том числе о хирургических операциях, наличии сахарного диабета, онкологических заболеваний, травмах), а также о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях.

Я информирован(а), что после лечения травмы зуба(ов) необходимо ограничить нагрузку на этот зуб(ы).

Я понимаю значение гигиены полости рта при лечении травмы зуба(ов) и обязуюсь выполнять рекомендации специалистов для проведения профессиональной гигиены с частотой, установленной лечащим врачом. Я информирован(а), что гигиенический уход предполагает тщательную самостоятельную гигиену полости рта.

Я информирован(а) о существующих гарантийных сроках, установленных Исполнителем.

Я информирован(а) о необходимости применения обезболивания (местной инъекционной анестезии) для проведения медицинских манипуляций.

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

Я информирован(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков, иногда необходимых при лечении травмы зуба(ов).

Я информирован(а), что неявка на приём к врачу в согласованные сроки, невыполнение рекомендаций врача или выполнение их не в полном объёме, может привести к увеличению сроков лечения и, как следствие, увеличению стоимости лечения.

Я согласен(на) выполнять рекомендации врача в процессе лечения. Ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня, как законного представителя пациента. У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве, описанном в данном документе. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской документации.

Я принимаю решение приступить к медицинскому вмешательству, описанному в данном документе на вышеизложенных условиях.

Законный представитель пациента:

Дата: « ____ » ____ 20 ____ года

Подпись: _____ / _____

Врач:

Дата: « ____ » ____ 20 ____ года

Подпись: _____ / _____