

Информированное добровольное согласие пациента на проведение медицинского стоматологического вмешательства в ООО «МЕДИАЛ» на съёмные ортопедические конструкции

Этот документ в соответствии со ст. 20, 22, 23 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства,

Я _____,
(фамилия, имя, отчество пациента)

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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «МЕДИАЛ» (далее Исполнитель).

Медицинским работником

(должность, Ф. И. О. 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованного плана лечения.

Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв ни какой информации о состоянии своего здоровья.

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

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

Я проинформирован/а/ об альтернативной возможности получить бесплатные медицинские услуги в муниципальных учреждениях.

Я понимаю, что результатом протезирования является установка искусственных зубов, вместо утраченных, для обеспечения жевания пищи и эстетической целостности зубных рядов.

Я выбираю следующую конструкцию протеза: _____

Я ознакомлен(а) с возможными альтернативными вариантами протезирования (установление внутрикостных дентальных имплантатов), которые в моем случае могут иметь меньший клинический успех (меньшую длительность службы протеза; худшие эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; возможное ухудшение здоровья тканей пародонта и дальнейшее нарушение функции жевательного аппарата, рецидивы деструктивных процессов зубочелюстной системы в целом).

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

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 соглашаюсь с тем, что при протезировании с использованием бюгельного протеза на опорных зубах будут видны фиксирующие элементы (замки).

Мне объяснено в доступной форме, что в зависимости от конкретной клинической ситуации, возраста, стадии патологического процесса индивидуально подбираются варианты ортопедического лечения, такие как:

- протезирование одиночными коронками (цельнолитые, цельнокерамические, металлокерамические);
- протезирование мостовидными протезами (цельнолитые, цельнокерамические, металлокерамические);
- протезирование на имплантатах;
- частичные съемные протезы (пластинчатые, бюгельные);
- полные съемные протезы;
- вкладки, виниры.

Я осведомлен(а), что при наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых являются 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, нарушения функции речи, жевания, глотания, поломки протеза.

Я осведомлен(а), что в период проведения манипуляций в полости рта (анестезия, обработка зубов, снятие слепков, корректировка 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 о возникновении переломов протезов, трещин, сколов облицовочного материала, изменения цвета, стирания зубов антагонистов, о возникновении участков повышенной окклюзии, обострения хронических процессов в опорных зубах и др.

Я уведомлен(а)/не уведомлен(а) с последствиями отказа от протезирования, а именно о том, что последствиями отказа от протезирования вообще могут быть:

- перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или вкладкой после проведенного эндодонтического лечения;
- прогрессирование зубоальвеолярных деформаций;
- дальнейшее снижение эффективности жевания;
- ухудшение эстетики;
- нарушение функции речи;
- прогрессирование заболеваний пародонта;
- быстрая утрата зубов;
- патология жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава;
- общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Я разрешаю проводить необходимые лечебные мероприятия и использовать любого медицинского работника, участие которого в моем (представляемом мной лица) лечении будет необходимо.

Я имел(а) возможность задавать лечащему врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Так же мной лечащему врачу заданы и получены ответы на следующие уточняющие вопросы:

Вопрос: _____

Ответ: _____

Вопрос: _____

Ответ: _____

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 (представляемое мной лицо с моего контроля) обязуюсь выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и протезами, а также являться на контрольные осмотры в соответствии с установленным планом лечения.

Мне также известно, что в качестве опоры для ортопедических конструкций могут быть использованы только здоровые или качественно подготовленные (пролеченные) зубы и ткани пародонта.

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, что в результате может привести к удалению зуба и нарушению целостности зубного протеза. Кроме того, мне разъяснено, что при препарировании живых (витальных) зубов под различные виды ортопедических конструкций (коронки, накладки, виниры и др.) возможны следующие исходы: острый пульпит (острая боль), отсроченный – хронический пульпит, который может проявиться позже и также повлечь обострения; вскрытие рога пульпы, термальный или химический ожог пульпы.

Я осведомлен(а), что такие реакции организма не являются следствием некачественно оказанной услуги по установке любой из перечисленных ортопедических конструкций, а являются только лишь одним из вариантов реакции организма на данное медицинское вмешательство. Такие исходы обусловлены индивидуальными анатомическими особенностями пациента. Если они наступили, то необходимо эндодонтическое лечение зубов (лечение корневых каналов) за счет пациента (увеличение объема медицинского вмешательства с согласия пациента) по действующему у Исполнителя Прейскуранту цен.

Я ознакомлен(а) с рекомендациями по уходу за полостью рта и зубами в период лечения и в постманипуляционном периоде.

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). Зубочелюстная 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 твердых тканей 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. Врач подробно и доступно объяснил мне, что для покрытия зубов ортопедическими конструкциями проводится процедура их механического препарирования (снятия слоя твердых тканей зубов), которая является необратимой. С использованием специального слепочного материала снимается оттиск зубов и изготавливаются модели челюстей. Модель передается в техническую лабораторию. В следующие посещения, кратность которых зависит от сложности и

объема работы, последовательно производится: примерка искусственных конструкций, подбор цвета, фиксация на временный (по показаниям) или постоянный цемент.

В доступной для моего понимания форме врач объяснил, что для восстановления зубов (зубных рядов) искусственными ортопедическими конструкциями по абсолютным медицинским показаниям может потребоваться депульпирование - удаление нерва из интактного (здорового) зуба в случаях:

- изменения положения опорного зуба или зуба антагониста (выраженный наклон, выдвижение);
- близкого расположении пульпы (нерва) к эмали в силу индивидуальных анатомических особенностей.

Мне понятно, что в случае, если зуб уже покрыт ортопедической конструкцией, лечение каналов может осуществляться только после снятия ортопедической конструкции. В этом случае, после проведенного лечения каналов, возникает необходимость изготовления новой ортопедической конструкции.

Я согласен(на), что в этом случае за дополнительную плату согласно прејскуранту и Положению о гарантии будет проведено лечение корневых каналов.

Так же доступно для меня врач объяснил, что в случае снятия ортопедической конструкции существует вероятность возникновения во время процедуры по независящим от врача и правильности манипуляций причинам, следующих обстоятельств:

- чувство дискомфорта и болезненность;
- травма слизистой полости рта;
- скол, трещина, откол части или всей пломбы на соседних зубах, что по абсолютным медицинским показаниям потребует лечения/восстановления по действующему прејскуранту Исполнителя согласно Положению о гарантиях;
- скол и(или) выпадение пломбы, перелом коронки, зуба, с которого снимается конструкция, что по абсолютным медицинским показаниям потребует восстановления пломбировочным материалом или опорной конструкцией по действующему прејскуранту Исполнителя согласно Положению о гарантиях;
- раскол, трещина, перелом корня зуба, с которого снимается конструкция, что по абсолютным медицинским показаниям потребует удаления зуба по действующему прејскуранту Исполнителя согласно Положению о гарантиях;
- скол облицовочных элементов ортопедической конструкции, что потребует её коррекции согласно Положению о гарантиях;
- необратимое повреждение, поломка ортопедической конструкции, что по абсолютным медицинским показаниям потребует её полной замены по действующему прејскуранту Исполнителя согласно Положению о гарантиях.

Я понимаю, что по абсолютным медицинским показаниям в случаях наличия воспалительного процесса в корневых каналах и(или) хронических изменений в тканях вокруг корня зуба необходимо лечение и (или) перелечивание ранее запломбированных корневых каналов опорного зуба(ов).

Я информирован(а), что в крайне редких случаях, во время проведения ортопедических манипуляций и после, по независящим от врача и правильности манипуляций причинам, возможно возникновение таких обстоятельств как:

- необходимость лечения корневых каналов при обработке зуба под искусственную коронку;
- необходимость удаления зуба с сомнительным или неблагоприятным прогнозом лечения (сложная анатомия каналов, выраженные очаги деструкции костной ткани и т.д.);
- удаление зуба вследствие выраженного поражения коронки зуба и (или) корня кариозным процессом, в результате чего невозможно создать благоприятные условия для адекватной фиксации протеза;
- необходимость лечения (перелечивания) корневых каналов зуба, покрытого коронкой, вследствие развития воспалительных изменений в каналах и тканях, окружающих зуб, что потребует снятия или переделки ортопедической конструкции;
- удаление зуба в результате его травматического раскола установленной опорной конструкцией;
- возникновение стойких расстройств в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания;
- другие психомиофункциональные расстройства;
- поломка протеза при наличии патологии височно – нижнечелюстных суставов;
- появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов искусственных конструкций;
- невралгии;

Я уведомлен(а), о возможных конструктивных, эстетических и функциональных особенностях искусственных ортопедических конструкций, не относящихся к существенным недостаткам оказанных услуг и не независящих от врача и правильности проведенных манипуляций, таких как:

- застревание пищи;
- наличие шахт для доступа к винтам;
- наличие видимых элементов фиксации съемных протезов (замки, кнопки, кламмера) и металлических частей коронок;
- отсутствие разделения между спаянными коронками в составе мостовидных конструкций;
- отсутствие чувствительности к сжатию зубов;
- изменение всех видов чувствительности при перекрывании частями протеза слизистой оболочки полости рта;
- необходимость применения специальных средств для лучшей фиксации съемных протезов;
- неудобство при жевании;
- изменение дикции;
- многократные примерки и коррекции протезов в процессе и после их изготовления, необходимые для индивидуализации и получения наилучшего результата протезирования;
- раскручивание винта, фиксирующего ортопедическую конструкцию на имплантатах;
- нарушение фиксации постоянных и временных конструкций;
- снижение качества фиксации съемного протеза в процессе эксплуатации из-за естественного физического износа элементов фиксации, что потребует активации или замены фиксирующих элементов.

Я уведомлен(а), что через какое-то время, которое зависит от индивидуальной скорости протекания инволютивных (возрастных) процессов, возникает необходимость коррекции либо переделки ортопедической конструкции.

Я уведомлен(а) о необходимости перебазирования съемных протезов в процессе их эксплуатации не реже 1 раза в 6 месяцев.

Врач предупредил меня, что при съемном протезировании протезы зубов не фиксируются постоянно в полости рта и требуют специального ухода (указываются в Памятке) и существует вероятность повреждения протеза, при неаккуратном с ним обращении.

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

Врач объяснил мне, что последствиями отказа от протезирования могут быть:

- прогрессирующее кариозное поражение и переход его в запущенную стадию с поражением окружающей кости;
- перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или вкладкой после проведенного эндодонтического лечения;
- вторичные деформации зубных рядов;
- снижение эффективности жевания;
- ухудшение эстетики и нарушение функции речи;
- прогрессирующее заболевание пародонта;
- быстрая утрата оставшихся зубов;
- прогрессирующую убыль костной ткани в области отсутствующих и рядом стоящих зубов, что в дальнейшем может потребовать манипуляций по восстановлению костной ткани.
- повышенная стираемость зубов;
- нарушение пропорций лица и другие эстетические нарушения или изменения;
- заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейромышечная патология.

При рентгенологическом обследовании

Я согласен(на) с необходимостью рентгенологического исследования челюстей и зубов (прицельной радиовизиографии) до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования повышается вероятность наступления описанных осложнений, вероятность снижения эффективности лечения по не зависящим от врача причинам, повышается вероятность отказа врача от продолжения лечения (в плановой ситуации) вследствие возникновения объективной невозможности предоставить требуемую услугу.

Я информирован(а) о противопоказаниях к рентгенологическому обследованию: беременность на протяжении всего срока и период лактации; пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение курса лучевой терапии менее чем за шесть месяцев до настоящего времени; выполнение рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений. Рентгенография детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты.

Мне сообщено, что при получении рентгенограммы неудовлетворительного качества (в случаях: движения пациента во время процедуры, большой мышечной массы и плотности тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.) необходимо выполнение повторного рентгеновского снимка. Доза облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок.

При применении местной инъекционной анестезии

Применение анестезиологического пособия (местной анестезии) при проведении стоматологического лечения проводится с целью устранения чувствительности нервных пучков и окончаний в зоне стоматологического вмешательства, при этом вид анестезии определяется в зависимости от объема показанного лечения, наличия показаний и противопоказаний, индивидуальных особенностей организма пациента. Местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции, проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Введение препарата осуществляется карпульным шприцем, безигольным инъектором, а также посредством нанесения в зону медицинского вмешательства геля или распыления аэрозоля. Обезболивающее действие анестетика наступает через 20-30 секунд. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

Мне разъяснено и понятно, что при осуществлении стоматологического лечения под местной анестезией применяются следующие виды анестезиологического пособия:

- аппликационная анестезия, представляющая собой метод поверхностного обезболивания зоны медицинского вмешательства посредством применения спрея 10% раствора лидокаина или геля для аппликационной анестезии;
- инфильтрационная анестезия («заморозка»), применяемая, как правило, при проведении стоматологических манипуляций на верхней челюсти, выполняемая инъекцией анестетика под слизистую оболочку, надкостницу или внутрикостно; положительный эффект достигается путем проникновения анестетика непосредственно к нерву зуба, при этом на другие зубы и все остальные ткани анестезия не распространяется;
- проводниковая анестезия, применяемая, как правило, при проведении стоматологических манипуляций на нижней челюсти. При указанном виде обезболивания препарат подводится к ветвям тройничного нерва, при этом обезболивающий эффект наблюдается в заданной области иннервации. Проводниковая анестезия может применяться по усмотрению врача при оперативных вмешательствах в области больших коренных зубов, при операциях на деснах и больших по объему вмешательствах.

Мне разъяснено и понятно, что перед оказанием анестезиологического пособия лечащим врачом проводится аллергологическая проба, заключающаяся во введении пациенту минимальной дозы препарата, не могущей повлечь негативных последствий, с последующим наблюдением за моим состоянием (состоянием представляемого законным

представителем пациента). Я уведомлен(а), что до проведения стоматологического лечения с применением анестезиологического пособия необходимо сообщить лечащему врачу-стоматологу сведения о лекарственной непереносимости и отягощенном аллергологическом анамнезе.

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

Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией моего организма на него. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отека десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу.

Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне делать во время его проведения.

Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение данного анестезиологического медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечнососудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода в виде летального.

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

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений:

- аллергические реакции организма на медикаментозные препараты;
- обморок, коллапс, шок;
- травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами;
- невралгиями и постинъекционными гематомами.

Мне разъяснено, что обезболивание может быть затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаев медицинские вмешательства без анестезии невозможны.

Я информирован(а) о том, что в этих случаях, при моем правомерном отказе от использования анестезии, у врача не имеется объективной возможности предоставить требуемую услугу в плановой ситуации. Т.к. в этом случае он не может, по независящим от него обстоятельствам, обеспечить безопасность услуги (ФЗ «О защите прав потребителей») и нарушает право пациента на гуманное отношение при оказании медицинской помощи (ч.5. ст. 19 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

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

Я понимаю, что после введения анестезии нельзя в течение 24 часов управлять транспортными средствами и сложными механизмами, до окончания действия лекарственных препаратов и восстановления нормального состояния.

Мне разъяснено, и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен(а) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачом по его усмотрению. При проведении местной инъекционной анестезии результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Ожидаемый результат и особенности услуги

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я соглашаюсь с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения и вероятность возникновения нежелательных явления и осложнений. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантированно 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 гарантийных обязательствах на ортопедическое лечение и зубные протезы, об условиях предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишюсь прав на гарантию.

Я соглашаюсь соблюдать рекомендации врача по использованию зубных протезов, в том числе изложенных в Памятке. Я понимаю, что при невыполнении рекомендаций, в том числе пережевывании грубой и твердой пищи, возможна возникновение осложнений и дефектов протезов, в том числе поломка протеза и его попадание его частей в пищеварительный тракт и дыхательные пути.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании без указания имени и фамилии, фотографии моих зубов (без лица) и полости рта в научных и учебных целях, для оценки качества протезирования, публикации на сайте клиники, 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, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

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

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью амбулаторной карты (ф.043У).

Исполнитель в соответствии с п. 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006, уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Настоящее согласие дано мной «___» _____ 202__ г. и действует до полного окончания лечения (исполнения Договора об оказании медицинских услуг).

Пациент: _____ (_____) _____ (_____) _____
(подпись) (фамилия, инициалы)

Законный представитель: _____ (_____) _____ (_____) _____
(подпись) (фамилия, инициалы)

Заполняется законным представителем Пациента

(родителем, приемным родителем, попечителем лица, достигшего возраста 15-лет; 16-ти лет, больного наркоманией; попечителем лица, достигшего 18-ти лет, но признанного судом ограниченно недееспособным):

Я, законный представитель Пациента, _____
(фамилия, инициалы)

согласен на проведение представляемому мной лицу ортопедического лечения и подтверждаю, что Пациент ознакомлен со всеми пунктами настоящего документа, положения которого ему разъяснены и понятны, а также Пациент выразил свою волю на проведение ортопедического лечения по предложенному плану лечения с моего согласия и расписался об этом в моем присутствии собственноручно.

Законный представитель:

«___» _____ 202__ г.

_____/_____
(подпись) (расшифровка подписи: фамилия, инициалы)

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или со-стоянии лица, законным представителем которого я являюсь,

(Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

(подпись) (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

Заполняется представителем медицинской организации:

Дал пациенту необходимые разъяснения и согласие получил: «___» _____ 202__ г.

Лечащий врач _____
(подпись)

М.П.