

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

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", 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,

при осуществлении терапевтического лечения

Я, _____ (Ф.И.О. полностью)

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 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).

В целях оказания мне (представляемому мной лицу) медицинской стоматологической помощи предоставляю право лечащему врачу, а также по его рекомендациям - другим врачам клиники производить осмотр полости моего (представляемого мной лица) рта для оказания консультации о состоянии здоровья полости рта, диагностики заболеваний полости рта (десен, зубов), установления согласно состояния полости рта (десен, зубов) диагноза и назначения соответствующего лечения.

В целях оказания мне (представляемому мной лицу) медицинской стоматологической помощи предоставляю право лечащему врачу, а также по его рекомендациям - другим врачам клиники принимать самостоятельное решение о применении необходимых на усмотрение врача методов осмотра и обследования, проводить все необходимые исследования (обследования) полости моего (представляемого мной лица) рта для оказания консультации о состоянии здоровья полости рта, диагностики заболеваний полости рта (десен, зубов), установления согласно состояния полости рта (десен, зубов) диагноза и назначения соответствующего лечения.

Мне разъяснено и понятно, что во время предоставления медицинской услуги по осмотру и проведению необходимых исследований категорически запрещается пользоваться мобильным телефоном и другими средствами связи, вмешиваться в действия медицинского работника, осуществлять иные действия, способствующие нарушению предоставления медицинской услуги.

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 информирован(а) о других способах лечения, их преимуществах и недостатках.

Я соглашаюсь получить подробные объяснения по поводу моего состояния здоровья, имеющихся заболеваний, рекомендуемых методов дополнительной диагностики и лечения. Я проинформирован(а) врачом об особенностях предстоящей консультации и даю свое согласие на ее проведение.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

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

Я осведомлен(а), что в процессе медицинского вмешательства может возникнуть необходимость изменения назначенного первоначально лечения из-за возникшей клинической необходимости, а также необходимость назначения дополнительных исследований и процедур, которые мне будет необходимо пройти в процессе лечения. Все указанные изменения и дополнения будут назначаться мне заблаговременно и разъясняться.

Я предупрежден(а) о поведении в период амбулаторного лечения, мной получены и поняты рекомендации Исполнителя о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях, явках на контрольные осмотры и исследования.

Я понимаю, что невыполнение этих рекомендаций может привести к ухудшению моего здоровья, и снижению эффективности лечения по моей вине, из-за этого Исполнитель не сможет предоставить мне гарантии выздоровления, в таком случае я не буду иметь претензий к Исполнителю.

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

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

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

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

Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о своем здоровье.

Я доверяю Исполнителю и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния. Я проинформирован(а) об альтернативной возможности получить бесплатные медицинские услуги в муниципальных учреждениях.

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.

Я проинформирована, что стоматологические хирургические операции категорически запрещены во время менструации.

Я соглашаюсь с тем, что мне названы и со мной согласованы стоимость отдельных процедур и лечения в целом.

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

Я информирован(а) об особенностях при терапевтическом лечении и после него:

- гематома после инъекции анестетика;

- постпломбировочные боли при накусывании;
- появление отёка мягких тканей или увеличение имевшегося отёка после терапевтического вмешательства;
- необходимость послабляющего разреза после эндодонтического лечения зубов;
- необходимость удаления зуба в случае неэффективности терапевтических методов;
- возникновение периодонтальных явлений, и изменение рентгенологической картины после пломбировки каналов с плохой проходимостью, или при наличии коллатеральных каналов;
- возможное попадание пломбировочного материала за верхушечное отверстие корня зуба, в периапикальные ткани, полости и каналы при эндодонтическом лечении зубов;
- отлом коронковой части зуба при циркулярном кариесе;
- возможность изменения цвета пломбы при употреблении в пищу в первые сутки после лечения продуктов, содержащих красящие вещества (кофе, свёкла, вишня);
- возможность отлома эндодонтических инструментов в труднопроходимых каналах;
- при наличии желудочно-кишечных заболеваний возможно появление тёмной полосы между пломбой и тканями зуба.
- развитие осложненных форм кариеса (пульпит, периодонтит) после лечения глубокого кариеса;

Я информирован(а) об особенностях при пародонтологическом лечении и после него:

- отёк, гиперемия, боли, зуд, повышение температуры;
- гематомы в области инъекций;
- индивидуальная непереносимость назначенных медикаментозных средств;
- повторный воспалительный процесс пародонта вследствие неудовлетворительного гигиенического ухода за полостью рта;
- увеличение подвижности зубов;
- непрогнозируемый переход процесса из локализованной формы в генерализованную.

Я согласен(на) на неотложное лечение корневых каналов, чтобы по возможности сохранить зуб от удаления. Доктор разъяснил мне преимущество лечения корневых каналов перед удалением и последствия при невыполнении лечения, включая нижеперечисленные и другие возможные осложнения:

- ощущение дискомфорта после лечения, которое может продолжаться довольно длительное время, по поводу чего доктор назначит препараты, если сочтен нужным;
- отечность десны в области леченного зуба или лица после лечения, которые могут сохраниться несколько дней и больше. Частота неудач составляет 5–10 процентов. При неудаче может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки или удаление зуба;
- преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирующего заболевания пародонта.

Я понимаю, что после лечения корневых каналов или после восстановления сильно разрушенного зуба его нужно будет защитить путем установления коронки по рекомендации доктора.

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 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и

проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

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.

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

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

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 может сопровождаться травмой мягких тканей и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограниченное открывание рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.

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 правоммерном 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 информирован(а) о том, что для профилактики возникновения описанных непредвиденных обстоятельств будут приняты все необходимые меры предосторожности: подробный сбор анамнеза, проведение манипуляций с учетом моих (представляемого) анатомо-топографических особенностей.

Я информирован(а), что Исполнитель оснащен всем необходимым для оказания экстренной медицинской помощи.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского специалиста, участие которого в моем лечении будет необходимо.

Я понимаю, что невозможно точно установить сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека, и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе оказания медицинской помощи.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Я информирован, что результат любого медицинского вмешательства в силу специфики медицинской услуги зависит от скоординированных с медицинскими работниками ответных действий с моей стороны, направленных на обеспечение безопасности в данном случае предполагаемого терапевтического лечения. Поэтому в моих интересах сообщить врачу правдивые сведения обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым лицом) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на мен я (представляемого лица) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

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.

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 рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгеновского обследования.

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.

Я получил(а) полную информацию о сроках службы на стоматологические изделия, сроки гарантии на производимые Исполнителем стоматологические услуги и порядок их установления.

Я ознакомлен/а/ и согласен/а/ с тем, какие могут возникнуть особенности при осуществлении платных медицинских услуг.

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 о объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

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

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Этот документ подтверждает, что я ознакомился(лась) с предлагаемым планом лечения, сроками и стоимостью оказания медицинских услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) либо отказаться от лечения, либо согласиться поставив свою подпись в конце документа.

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.

Обо всем вышеизложенном я, Пациент (законный представитель Пациента), ознакомлен и расписался собственноручно. 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/не согласен на проведение представляемому мной лицу ортопедического лечения.

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

подтверждаю/не 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 состоянии 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)