

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

при осуществлении хирургического лечения

Этот документ в соответствии со ст. 20, 22, 23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства

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). Я со всей заботливостью и ответственностью за свое (представляемого мной лица) здоровье принял(а) решение о согласии на опрос меня (представляемого мной лица) и проведение медицинского осмотра полости моего (представляемого мной лица) рта, а также согласен(на) на проведение необходимых исследований (обследований).

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.

Я соглашаюсь получить подробные объяснения по поводу моего состояния здоровья, имеющихся заболеваний, рекомендуемых методов дополнительной диагностики, в том числе следующих вмешательств:

- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
- осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, медицинская фотосъемка.
- снятие оттисков и изготовление контрольно-диагностических моделей для анализа.
- рентгенологические методы обследования (прицельная рентгенография зубов).

Мне разъяснено, что в ходе выполнения исследования может возникнуть необходимость расширения обследования. Я доверяю врачу принимать соответствующее решение и выполнить действия, которые он сочтет необходимыми для верификации диагноза и контроля лечения.

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 осведомлен(а) о возможных альтернативных способах лечения, направленных на сохранение зуба, их преимуществах и недостатках. Я так же информирован(а), что в ряде конкретных случаев удаление зуба является единственным способом лечения.

Мне понятно, что после удаления зуба возникают ощущения дискомфорта (боль) продолжающиеся до нескольких дней, по поводу которых врач назначит при необходимости препараты. Осложнения удаления зуба обусловлены анатомо - физиологическими особенностями организма пациента или наличием имеющегося хронического или острого патологического процесса челюстно-лицевой области. Мне понятно, что удаление зуба верхней челюсти проводится в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, поэтому я соглашаюсь с тем, что возможно возникновение перфорации дна пазухи носа и, как следствие, воспалительные процессы в этой области. При хирургическом вмешательстве в области нижней челюсти, возможно расположение корней зуба в непосредственной близости зоны вмешательства к нижнему каналу, поэтому я соглашаюсь с тем, что возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти, развитие послеоперационных отеков.

Я соглашаюсь с тем, что при надлежном выполнении медицинского вмешательства в редких случаях во время хирургической операции и в послеоперационном периоде возникают нижеперечисленные явления:

- болевые ощущения в течение послеоперационного периода;
- сохранение припухлости мягких тканей;
- повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации;
- ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов;
- при аномальном расположении зуба - повреждение имеющихся зубов, переломы кости верхней и нижней челюсти;

Я соглашаюсь с тем, что при наличии исходного воспаления в области удаляемого зуба, процесс заживления может происходить медленнее, осложниться развитием воспаления в области удаленного зуба, что потребует дополнительного хирургического лечения.

Я соглашаюсь с тем, что отсутствие заживления костного послеоперационного дефекта не прогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

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 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.

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

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.

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

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

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.

- приступая к лечению, Исполнитель гарантирует правильность своих действий, а не финансовую ответственность возможного лечения.

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) Исполнителем (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 со-стоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

(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.