

## Уважаемые пациенты!

Согласно требованиям 323-ФЗ, Статья 20 "Об основах охраны здоровья граждан РФ", необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в отношении несовершеннолетних дает один из родителей или иной законный представитель.

### Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (диагностика, профессиональная гигиена, анестезия, стоматологическое лечение)

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст. ст. ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я ознакомлен(а) и согласен(согласна) с названными мне условиями проведения медицинского вмешательства.

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее -Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ЦЕНТР СТОМАТОЛОГИИ И ИМПЛАНТОЛОГИИ»

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

Я понимаю цели и задачи стоматологической консультации, обследования и лечения. Меня в доступной форме уведомили о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске и возможных осложнениях, всех возможных альтернативных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а так же обо всех возможных результатах медицинского вмешательства (компенсация, стабилизация, осложнения, развитие сопутствующих заболеваний). Исполнитель в доступной форме уведомил меня об осуществляемой им медицинской деятельности, о режиме работы клиники, о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, об эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, о графике работы, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, о состоянии моего здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, прогнозе развития заболевания, методах лечения, связанном с ним риске, о возможных осложнениях, вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, прогнозах и исходах лечения, о правилах и условиях эффективного и безопасного использования результатов оказанных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, гарантиях и сроках службы на оказанные услуги.

Я даю разрешение проводить осмотры, рентгенологические и инструментальные исследования, делать оттиски, фотографии, видеосъемку, инъекции лекарственных препаратов, профессиональную гигиену зубов, отбеливание и любые другие медицинские вмешательства, которые будут необходимы для обеспечения качества и безопасности лечения, постановки диагноза, обезболивания, проведения лечения, а так же для фиксации результатов медицинского вмешательства.

Я разрешаю/не разрешаю (подчеркнуть) использовать публично фотографии моих зубов и полости рта на условиях анонимности в печатных изданиях и сети Интернет. Я разрешаю сообщать информацию о моем лечении лицам, его оплачивающим, и близким родственникам.

Я информирован(а) и согласен(согласна) с необходимостью различных рентгенологических исследований челюстно-лицевой области до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров по назначению врача.

Я понимаю, что любой депульпированный зуб должен быть покрыт постоянной ортопедической конструкцией в течении 1 месяца после постоянной пломбировки корневых каналов; в противном случае гарантии на этот зуб утрачиваются. Я осведомлен о необходимости проведения анестезии и о возможных ее осложнениях (кровотечения, гематомы, повреждение нервов и сосудов, боль после анестезии, отеки, парезы лица, аллергические реакции) и при приеме назначаемых врачом лекарственных средств ( в соответствии с инструкциями к назначенным препаратам). Я уведомлен, что искусственные стоматологические изделия имеют конструктивные особенности (несколько примеров и коррекций протезов, расцементировки ортопедических конструкций и брекетов, неудобства использования, раскручивание фиксирующих ортопедические конструкции винтов на имплантатах, перелом винта, разнища в цвете зубов, пломб, коронок, виниров при разном освещении, пульпит витального зуба под пломбой или коронкой и др.), наличие которых не является недостатком оказанных услуг. Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я уведомлен в Информированном согласии, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма или внешних причин, а также в следствии нарушений условий Договора на оказание платных медицинских услуг и рекомендаций лечащего врача, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мною результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих стандартов и протоколов лечения. Я понимаю, что специалисты ООО «ЦЕНТР СТОМАТОЛОГИИ И ИМПЛАНТОЛОГИИ» не несут ответственность за последствия медицинских осложнений лечения, аллергических реакций, побочные действия лекарственных средств и иных препаратов, за качество ранее проведенного в других медицинских учреждениях лечения и возникновение негативных последствий, связанных с возникновением, наличием и обострением уже имеющихся у Пациента острых и хронических заболеваний. Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов после сдачи стоматологической конструкции не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача. В этом случае переделка стоматологических конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно по прайсу Исполнителя.

Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии, о наличии всех имеющихся у меня заболеваний, травм и ранее выполненных операций. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения. Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение нумерации зубов и всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе. Я даю разрешение проводить все необходимые лечебные мероприятия на усмотрение лечащего врача и использовать любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики лечения.

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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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 (ненужное зачеркнуть)

Исполнитель (Врач): \_\_\_\_\_ /

Пациент \_\_\_\_\_ /