ООО «Миродент»

Приложение №1 к договору № _____ от _____

на оказание платных стоматологических услуг

Информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг
Зубосохраняющие (резекция верхушки корня, цистомия, гемисекция) операции

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.

Я,

_____

_____

(фамилия, имя, отчество пациента)

проинформирован(а) о поставленном диагнозе

_____

_____

_____.

(диагноз)

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

Я соглашаюсь на проведение мне операции:

_____

_____

_____

_____

_____

Я получил(а) от врача всю интересующую меня информацию о предлагаемом лечении, в том числе о преимуществах и сложностях как этого, так и других методов лечения.

Мне понятно, что операция проводится с целью сохранения зуба(ов). Альтернативным способом лечения является удаление зуба(ов). Я соглашаюсь с тем, что результатом лечения является неопределенный срок времени (точный срок предсказать невозможно в силу сложности биологического организма) в течение которого не происходит прогрессирования заболевания зуба(ов) и их можно не удалять.

Я соглашаюсь с планом проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения.

Я соглашаюсь с тем, что при надлежащем выполнении медицинского вмешательства в редких случаях возникают нижеперечисленные осложнения:

- Боль, тошнота, воспаление, кровотечение из раны в послеоперационном периоде;
- Онемение языка, губ, подбородка, зубов;
- Ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся до нескольких дней;
- Нарушение целостности верхнечелюстных (гайморовых) пазух, воспалительные осложнения в области верхнечелюстных (гайморовых) пазух;
- Ограниченное открывание рта;
- Развитие послеоперационных отеков;
- В крайне редких случаях - повреждение имеющихся зубов, переломы кости верхней и нижней челюсти.

Я соглашаюсь с тем, что во время операции или лечения ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата. Поэтому точная продолжительность оперативного вмешательства не может быть предсказана и может меняться, а дополнительные процедуры могут потребовать дополнительной оплаты.

ООО «Миродент»

Приложение №1 к договору № _____ от _____

Информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг
Зубосохраняющие (резекция верхушки корня, цистомия, гемисекция) операции

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.

Я,

_____

_____

(фамилия, имя, отчество пациента)

проинформирован(а) о поставленном диагнозе

_____

_____

_____.

(диагноз)

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

Я соглашаюсь на проведение мне операции:

_____

_____

_____

_____

_____

Я получил(а) от врача всю интересующую меня информацию о предлагаемом лечении, в том числе о преимуществах и сложностях как этого, так и других методов лечения.

Мне понятно, что операция проводится с целью сохранения зуба(ов). Альтернативным способом лечения является удаление зуба(ов). Я соглашаюсь с тем, что результатом лечения является неопределенный срок времени (точный срок предсказать невозможно в силу сложности биологического организма) в течение которого не происходит прогрессирования заболевания зуба(ов) и их можно не удалять.

Я соглашаюсь с планом проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения.

Я соглашаюсь с тем, что при надлежащем выполнении медицинского вмешательства в редких случаях возникают нижеперечисленные осложнения:

- Боль, тошнота, воспаление, кровотечение из раны в послеоперационном периоде;
- Онемение языка, губ, подбородка, зубов;
- Ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся до нескольких дней;
- Нарушение целостности верхнечелюстных (гайморовых) пазух, воспалительные осложнения в области верхнечелюстных (гайморовых) пазух;
- Ограниченное открывание рта;
- Развитие послеоперационных отеков;
- В крайне редких случаях - повреждение имеющихся зубов, переломы кости верхней и нижней челюсти.

Я соглашаюсь с тем, что во время операции или лечения ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата. Поэтому точная продолжительность оперативного вмешательства не может быть предсказана и может меняться, а дополнительные процедуры могут потребовать дополнительной оплаты.

Я понимаю, что невозможно предсказать способность десен и челюстных костей к заживлению у каждого пациента, поэтому я соглашаюсь с тем, что бывают случаи, когда при качественно оказанных медицинских услугах зуб приходится удалять в связи с развившимся осложнениями.

Я соглашаюсь регулярно посещать лечащего врача для осмотра и профилактических процедур.

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 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, отечности десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Я проинформировал(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 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 соглашаюсь с тем, что возникновение осложнений, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, не являются недостатками оказанных услуг, поэтому стоимость лечения взимается в полном объеме.

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

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

Я получил(а) полную информацию о гарантийных обязательствах на лечение и соглашаюсь с установлением гарантийного срока и срока службы на оказанные медицинские услуги равными каждый одной неделе, так как невозможно прогнозировать индивидуальную реакцию организма на проведенное лечение.

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 внимательно ознакомился(ась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты 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 лечения на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____
(подпись) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____
(подпись) (ФИО полностью)

Дата «_____»_____ 202_____ г

Я понимаю, что невозможно предсказать способность десен и челюстных костей к заживлению у каждого пациента, поэтому я соглашаюсь с тем, что бывают случаи, когда при качественно оказанных медицинских услугах зуб приходится удалять в связи с развившимся осложнениями.

Я соглашаюсь регулярно посещать лечащего врача для осмотра и профилактических процедур.

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 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, отечности десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Я проинформировал(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 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 соглашаюсь с тем, что возникновение осложнений, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, не являются недостатками оказанных услуг, поэтому стоимость лечения взимается в полном объеме.

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

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

Я получил(а) полную информацию о гарантийных обязательствах на лечение и соглашаюсь с установлением гарантийного срока и срока службы на оказанные медицинские услуги равными каждый одной неделе, так как невозможно прогнозировать индивидуальную реакцию организма на проведенное лечение.

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 внимательно ознакомился(ась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты 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 лечения на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____
(подпись) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____
(подпись) (ФИО полностью)

Дата «_____»_____ 202_____ г