

Наша клиника
строго руководствуется:
*Основами законодательства об охране
здоровья граждан РФ,
*Законом о защите прав потребителей

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства

Ортопедическое лечение

Этот документ свидетельствует о том, что в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы ортопедического лечения, связанные с ним риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, вероятность развития осложнений.

1. Я _____
соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог

Кононов АБ _____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

2.

Диагноз: _____

2.1. Мне сообщена и разъяснена информация о возможных альтернативных вариантах лечения имеющихся у меня стоматологических заболеваний и их стоимости.

2.2. Я предупрежден (а) о возможности коррекции намеченного плана лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

2.3. Я понимаю необходимость рентгенологической диагностики и контроля качества лечения в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику, оговоренному с лечащим врачом и записанному в моей медицинской карте стоматологического больного.

2.4. Я информирован (а) о возможных побочных действиях, используемых при моем лечении лекарственных препаратов (анестетики, антисептики, антибиотики и др.), о **возможных осложнениях** (аллергический стоматит, токсический стоматит, травматический стоматит, рецессия десны, убыль костной ткани в области опорных коронок или имплантатов, возникновение боли или чувствительности после протезирования, хроническая травма губ, щек, языка, кариес, пульпит, периодонтит, возникающие под опорными коронками) и **последствия в период и после ортопедического лечения** (нарушение фонетики, ослабление фиксации дугового протеза с замковым креплением, винтов при протезировании с опорой на имплантаты, расцементирование несъемных протезов- коронок, мостовидных протезов, искусственных культи со штифтами, гальванический синдром, сколы облицовочного материала искусственных коронок, переломы съемных протезов), о побочных действиях используемых стоматологических материалов и технологий, о необходимости соблюдать режим, все рекомендации и назначения лечащего врача в ходе лечения и по его окончании, немедленно сообщать врачу о любом изменении самочувствия.

2.5. Я предупрежден (а) о том, что несоблюдение назначений и рекомендаций врача, режима приема назначенных лекарственных препаратов, неявка в назначенное лечащим врачом время на очередной этап лечения и последующие профилактические осмотры,

бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

2.6. Я извещен (а) о негативных последствиях, которые могут возникнуть в случае моего полного или частичного отказа от лечения, или при моем самостоятельном прерывании реализации согласованного плана стоматологического лечения.

2.7. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен (согласна) с тем, что никто не может предсказать точный исход планируемого лечения. Мне гарантировано, что все необходимые и согласованные со мной лечебные манипуляции будут выполнены квалифицированным специалистом в соответствии с профессиональными стандартами и требованиями. Я осознаю, что проводимое мне лечение, в том числе медицинское вмешательство, не гарантирует 100 % выздоровления.

2.8. Я даю согласие на фотографирование, съемку и рентгенологическую запись во время стоматологических процедур и публикацию этих снимков исключительно в медицинских целях с учетом сохранения врачебной тайны, понимая, что эти фотографии останутся собственностью клиники. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой или проводившим процедуру врачом данных фотографий, мое имя не будет упомянуто и регламент закона о сохранении медицинской информации (тайны о пациенте) нарушен не будет.

2.9. Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической и биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических.

3. 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 ч. 9 ст.20 ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4. Я имел (а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил (а) исчерпывающие ответы на них.

5. Мною согласован и одобрен предложенный предварительный план стоматологического лечения, зафиксированный в моей медицинской карте стоматологического больного, и подтверждаю согласие на проведение ортопедического лечения.

6. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента _____

Дата _____

Подпись врача _____

Дата _____

Рекомендации на руки получил (а) _____

Дата _____