

Информированное добровольное согласие на ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

На основании ст. 20 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 и приказа МЗ и СР РФ № 390н «Об утверждении перечня определенных видов медицинских вмешательств...» от 23.04.2012 г., ст. 10 «Закона о защите прав потребителей»

Пожалуйста, внимательно прочитайте каждый пункт и задайте врачу необходимые вопросы, прежде чем поставить свою подпись!

Фамилия, имя, отчество _____

1. Даю согласие на опрос, в т.ч. выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр в т.ч. пальпацию и перкуссию, антропометрические исследования, термометрию.

2. Я информирован(а) об имеющихся у меня заболеваниях полости рта.

3. Мне известен предварительный диагноз, а также план необходимого терапевтического лечения, и что в процессе лечения возможно уточнение диагноза, и изменение плана лечения.

4. Я предупрежден(а) о том, что во время медицинского вмешательства неизбежно происходит причинение некоторых физических и нравственных страданий.

5. Я предупрежден(а) о риске применения обезболивающих препаратов, включая аллергические реакции, наступление обморока, анафилактической реакции, а также образование кровоподтеков, гематом, временного побледнения участков кожи лица.

ДА, я даю свое согласие на применение обезболивающих средств _____

НЕТ, я не даю свое согласие на применение обезболивающих средств _____

6. Я предупрежден(а) о применении рентгенографии для уточнения диагноза и проверки качества лечения.

7. Я предупрежден(а) о применении лабораторных методов исследования, в т.ч. клинических, бактериологических, биохимических, вирусологических, иммунологических.

8. Я предупрежден(а) о введении лекарственных препаратов по показаниям врача в/м, в альвеолярный отросток.

9. Меня предупредили, что в силу индивидуальных биологических особенностей человеческого организма существует определенный РИСК и возможность возникновения НЕПРЕДВИДЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ при терапевтическом лечении заболеваний полости рта.

Эти осложнения предполагают, но не ограничиваются следующим:

А. При лечении кариеса:

а) вскрытие полости зуба;

б) при лечении глубокого кариеса — воспаление пульпы в течение неопределенного периода времени (до 6 месяцев);

в) травма или ожог десневого края при локализации кариозной полости в пришеечной области.

Б. При лечении пульпита и периодонтита:

а) ожог околозубных тканей при несвоевременном удалении мышьяковистой пасты (более чем через 48 часов);

б) перелом инструмента при эндодонтической обработке и пломбировании канала корня зуба;

в) воспаление околоверхушечных тканей зуба;

г) болевая реакция на корневой пломбировочный материал, которая может продлиться в течение нескольких дней.

В. При лечении периодонтита:

а) обострение хронического воспалительного процесса после механической и медикаментозной обработки канала;

б) перфорация стенки корневого канала инструментом при удалении пломбировочного материала из корневого канала зуба;

в) обострение воспалительного процесса после лечения хронического периодонтита;

г) иные осложнения: появление отечности мягких тканей, появление под-, надкостничного гнояника на десне в области причинного зуба и др.

10. В случае возникновения болезненных ощущений явка через дежурный кабинет по режиму работы учреждения.

11. Пациент имеет право отказаться от одной или нескольких услуг, согласно перечня, и он информирован о возможных последствиях.

12*. Я ознакомлен(а) с прейскурантом цен, и с тем, что в связи с изменением плана лечения — возможно изменение стоимости лечения.* (При согласии на лечение на возмездной основе).

**МНЕ ПОНЯТЕН СМЫСЛ КАЖДОГО ПУНКТА ДАННОГО ДОКУМЕНТА,
Я ДОБРОВОЛЬНО ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ НА ВЫШЕУКАЗАННЫХ УСЛОВИЯХ.**

« _____ » _____ 20 ____ г.

Подпись пациента _____

Подпись медработника _____