

**Общество с ограниченной ответственностью «Стом-Дарт-Плюс»
(ООО «Стом-Дарт-Плюс»)**

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
на хирургическое удаление зуба**

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я даю согласие с названными мне условиями проведения лечения. Подписание данного документа является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я _____ «___» _____ г. р. полностью соглашаюсь с тем, что проведение хирургического удаление зуба в ООО «Стом-Дарт-Плюс» будет проводить медицинский работник:

Мне сообщена в доступной для меня форме, разъяснена врачом и понятна следующая информация: суть моего заболевания, опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания, оказания медицинской процедуры, связанный с ней риск, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания данного медицинского вмешательства

Я проинформирован(а) моим лечащим врачом по поводу предстоящей манипуляции и даю добровольное согласие на удаление мне:

_____зуба(ов)

Решение вопроса о методе и объеме лечения доверяю лечащему врачу.

Полностью ясными для меня являются следующие положения:

1. Во время лечения могут возникнуть обстоятельства, препятствующие ее выполнению или выявиться ситуация, требующая изменения плана лечения. В такой ситуации врач должен поступить согласно возникшим обстоятельствам.
2. Во время лечения или после него может возникнуть кровотечение и другие осложнения, что потребует дополнительных вмешательств.

Я осведомлен(а) обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после удаления зуба(ов). Уполномочиваю врача выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением неопределенных ситуаций.

Я предупрежден(а) о режиме послелечебного поведения и возможных последствиях при нарушении режима, а также при возможных болевых ощущениях и методах обезболивания.

Я понял(а), что после удаления зуба(ов) рекомендуется:

1. В течение 2-х часов воздержаться от приема пищи.
2. В день удаления зуба(ов) не полоскать рот, не употреблять горячей, острой пищи.
3. Не трогать лунку удаленного зуба языком и пальцами.
4. Не греть «больную» щеку грелкой и компрессами. Прикладывать со стороны удаления к щеке холод через полотенце (по 20-30 минут 3-4 раза в день).
5. В течение 2-х суток избегать физических нагрузок, переохлаждения, перегрева.
6. На следующий день после удаления зуба (зубов) прийти к лечащему врачу для контрольного осмотра.

Меня проинформировали:

- что местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Местная инъекционная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма. Инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости этой области. Применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

- об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений.
- что в ряде конкретных случаев медицинское вмешательство без анестезии невозможно. Альтернативой является отказ от лечения;
- о возможных осложнениях при приеме лекарственных средств, антибиотиков и анальгетиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов;
- о необходимости проведения рентгенологического контроля во время лечения.

Я обязуюсь, понимая сложность предстоящего лечения, приходить на контрольные осмотры, следить за гигиеной полости рта, выполнять рекомендации лечащего врача в полном объеме, не нарушать режим, соблюдать индивидуальный рекомендованный план лечения. Мне разъяснены все возможные последствия невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача.

Я поставил/а в известность лечащего врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мной и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил/а правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Мною получена полная информация о гарантийном сроке, действующем в ООО «Стом-Дарт-Плюс» на стоматологические услуги, и я ознакомлен/а с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

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.

Мне сообщено и понятно, что одним из критериев эффективности оказания медицинских услуг является результат проведенного лечения, подтвержденный фотографиями и рентгенограммами до, после и в процессе лечения в соответствии с согласованным планом лечения. Я даю согласие на фотографирование моего лица и зубных рядов при оказании мне медицинских услуг, понимая, что эти фотографии являются собственностью клиники.

Я даю согласие что в исключительных случаях (болезнь врача, отпуск, увольнение и т.п.) клиника может заменить врача, уведомив меня об этом лично либо по телефону и получив мое согласие.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них.

Я внимательно ознакомился/ась и понимаю назначение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я информирую лечащего врача о том, что:

Аллергические реакции (лекарственные, пищевые и др.)

ДА. Я имею аллергические реакции _____ / _____ /
(подпись пациента) (расшифровка подписи)

а именно на _____
с симптомами _____

НЕТ. Я не имею аллергических реакций. _____ / _____ /
(подпись пациента) (расшифровка подписи)

Препараты, содержащие БИСФОСФОНАТЫ (в том числе Пролиа, Бонвива, Зомета)

ДА. Я принимаю данные препараты _____ / _____ /
(подпись пациента) (расшифровка подписи)

ДА. Я принимал(а) данные препараты ранее _____ / _____ /
(подпись пациента) (расшифровка подписи)

НЕТ. Я не принимал(а) и не принимаю препараты, содержащие БИСФОСФОНАТЫ
_____ / _____ /
(подпись пациента) (расшифровка подписи)

Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____ / «__» _____ 202__ г.
(подпись пациента) (расшифровка подписи)

Беседу провел врач: _____ / _____ / «__» _____ 202__ г.
(подпись врача) (расшифровка подписи)