

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПРИКАЗ

от 12 ноября 2021г. № 21051н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ДАЧИ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО
СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ОТКАЗА ОТ МЕДИЦИНСКОГО
ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ФОРМЫ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА
МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ФОРМЫ ОТКАЗА ОТ МЕДИЦИНСКОГО
ВМЕШАТЕЛЬСТВА

В соответствии с частью 8 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165) и подпунктом 5.2.19 пункта 5 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утверждённого постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 26, ст. 3526), приказываю:

1. Утвердить:

порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства согласно Приложению № 1 ; форму информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство согласно Приложению № 2; форму отказа от медицинского вмешательства согласно Приложению № 3.

2. Признать утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1 177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определённых видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июня 2013 г., регистрационный № 28924);

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2015 г. № 549н «О внесении изменения в Приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1 177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определённых видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 сентября 2015 г., регистрационный № 38783);

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 июля 2019 г. № 538н внесении изменений в порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определённых видов медицинских вмешательств, утверждённый приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1177н” (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 19 августа 2019 г., регистрационный № 55665).

3. Настоящий приказ вступает в силу с 1 марта 2022 г, и действует 6 лет со дня его вступления в силу.

Добровольное информированное согласие составлено в соответствии с

- Федеральным Законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» N2 323-ФЗ в редакции от 24.07.2023 (действует с 01.09.2023 года)
- Федеральным Законом «О защите прав потребителей» от 07.02.92 N 2300-1 в редакции от 04.08.2023 (действует с 01.09.2023 года)
- Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 «Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» в редакции от 11.05.2023г. (действует с 01.09.2023 года)
- Федеральным Законом от 27.07.2006 N2 152-ФЗ «О персональных данных» в редакции от 06.02.2023 года (действует с 08.05.2023 года)
- Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 г. N2 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них» в редакции от 31.07.2020 (действует с 05.10.2020 года)
- Приказом Министерства здравоохранения РФ от 12.11.2021 года «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства» в редакции от 12.11.2021г. (действует с 01.03.2022 года)
- гражданским Кодексом РФ

ОБРАЗЕЦ ДЛЯ ОЗНАКОМЛЕНИЯ.

Информированное Добровольное согласие пациента на проведение стоматологического медицинского вмешательства: Терапевтическое лечение зубов.

Этот Документ в соответствии со ст: 20, 22, 23 Федерального закона № 353-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____
(Ф.И.О. пациента, законного представителя, число, месяц, год рождения)

обращаюсь в ООО «МЕРКУРИЙ» «3D СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА», для оказания
мне/моему представляемому

(Ф.И.О. представляемого, число, месяц, год рождения)

стоматологической помощи.

Этот документ подтверждает, что я ознакомился(ась) с предлагаемым планом лечения, сроками и стоимостью оказания медицинских услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) отказаться от лечения, поставив свою подпись в конце документа. Доктор поставил мне(моему представляемому) следующий диагноз: _____

Мне известно, что вариантами стоматологического лечения являются следующие методики: терапевтическое лечение (лечение зубов с целью их сохранения), хирургическое лечение (комплекс мероприятий, направленных на сохранение зубов, а так же удаление зубов), ортопедическое лечение (восстановление целостности зубного ряда ортопедическими конструкциями), пародонтологическое лечение (лечение тканей, окружающих зуб и слизистой оболочки полости рта), имплантация(восстановление целостности зубного ряда искусственным корнем из высокотехнологичного материала имплантатом), ортодонтическое лечение (исправление и предупреждение нарушения положения зубов и аномалий прикуса) и отсутствие лечения как такового. В доступной форме я получил(а) информацию о том, что с учётом имеющейся у меня/моего представляемого клинической ситуации, стадии патологического процесса, сопутствующих заболеваний, возрастных изменений организма оптимальным, наиболее эффективным методом лечения с позиции медицинских показаний является терапевтическое лечение.

Врач объяснил мне, что целью терапевтического лечения является лечение зубов с целью их сохранения. Мне объяснено, что лечения кариеса заключается в удалении поражённых кариозным процессом тканей зуба, медикаментозной обработке подготовленной полости, с последующим восстановлением коронки зуба пломбировочным материалом.

Врач объяснил мне, что достоверно точно опередить объем и глубину поражённых кариесом тканей возможно только в процессе вмешательства а, следовательно, может увеличиться предполагаемый объем восстановления зуба (пломбирования, реставрации), о чем врач меня предупредит заранее, в процессе лечения. Также меня уведомили, что при глубоком распространении кариозного процесса - начальном пульпите, в пульпе (нерве) зуба

определяются начальные воспалительные явления, которые в большинстве случаев являются обратимыми. Поэтому наиболее предпочтительным для здоровья и лучшего долгосрочного прогноза при этой стадии кариозного процесса, является сохранение жизнеспособности пульпы(нерва) путём наложения лечебной прокладки с последующим восстановлением коронки зуба пломбой. В случае сохранения жизнеспособности пульпы зуба, по независимым от врача и правильности манипуляций причинам, существует риск:

- воспаления пульпы зуба (необратимого),
- развития воспалительного процесса в тканях вокруг корня зуба, как в процессе, так и после постановки постоянной пломбы.

Я информирован, что в этом случае за дополнительную плату, согласно действующему на момент лечения прейскуранту, будет проведено лечение корневых каналов зуба. Лечение каналов (эндодонтическое лечение) заключается в удалении инфицированных тканей из канала, механической, медикаментозной, ультразвуковой обработке и пломбировании канала. Врач проинформировал меня, что при лечении корневых каналов со сложной анатомией и (или) перелечивании ранее запломбированных корневых каналов вероятны такие осложнения как:

- невозможность пройти канал на всю длину;
- невозможность удалить старую корневую пломбу;
- перфорация (образование отверстия в результате механической обработки инструментом) корней и стенок зуба; • высокий процент поломки инструментов, особенно при лечении (перелечивании) искривлённых корневых каналов;
- трещина корня; перелом зуба, особенно при попытке снять ортопедическую конструкцию или извлечь из канала ранее установленный штифт или вкладку, что потребует по абсолютным медицинским показаниям удаления зуба. При лечении инфицированных и ранее леченных корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается (до 60%).

Мне подробно разъяснили, что при лечении (перелечивании) каналов зуба есть вероятность возникновения таких осложнений как:

- обострение и прогрессирование настоящего заболевания;
- появление или усиление отёка, боли, температуры, затруднённое открывание рта;
- развитие инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис) по независимым от медицинских работников и правильности лечения причинам, которые потребуют госпитализации в стационар.

Я информирован о том, что для профилактики возникновения описанных непредвиденных обстоятельств будут приняты все необходимые меры предосторожности, которые заключаются в применении необходимых средств диагностики (ЭОД, КТ, RVG, 011T^{II}, микроскоп, внутриротовая камера), современных стандартов и технологий лечения, разрешённых сертифицированных материалов и препаратов, комплекса санитарно-эпидемиологических мероприятий.

Мне объяснили, что установка временной пломбы на депульпированный зуб (зуб с запломбированными ранее каналами) не является конечным этапом его лечения. Я понимаю необходимость обязательного восстановления коронковой части зуба постоянной пломбой или вкладкой в течение 2 недель после проведения эндодонтического лечения и (или) необходимость покрытия такого зуба постоянной ортопедической конструкцией (коронкой) в сроки не более 1 месяца после постоянной пломбировки корневых каналов. В противном случае возможны такие осложнения, как: перелом зуба, откол стенки; трещина, что потребует по абсолютным медицинским показаниям удаления зуба.

Я уведомлен, что через какое-то время, которое зависит от индивидуальной скорости протекания инволютивных (возрастных) процессов, возникает необходимость коррекции, либо переделки, корневых и коронковых пломб. Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов после окончания лечения не является гарантийным случаем, поскольку оно является следствием индивидуальной реакции моего организма. В этом случае переделка пломб с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно согласно действующему прейскуранту Исполнителя. Последствиями отказа от терапевтического лечения могут быть:

- прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы (нерва) - зуба и окружающей корня кости;
- развитие инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис);
- перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения;
- прогрессирование зубоальвеолярных деформаций;
- дальнейшее снижение эффективности жевания;
- ухудшение эстетики; нарушение функции речи;
- прогрессирование заболеваний пародонта (ткани окружающие зуб);
- быстрая утрата оставшихся зубов;
- заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; е общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта;
- нейропатология; появление либо нарастание болевых ощущений;
- образование кисты;
- потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта.

При использовании терапевтического метода лечения имеется вероятность возникновения непредвиденных обстоятельств, в связи с тем, что специфика медицинской услуги предполагает вмешательство в биологические процессы, не контролируемые в 100% случаев волей человека и не изученные окончательно современной медицинской наукой.

Я уведомлен, что с учётом имеющейся у меня/моего представляемого клинической ситуации перед началом лечения зубов показана профессиональная гигиена, целью которой является удаление микроорганизмов, находящихся на дёснах, в зубном налёте, зубном камне, в остатках пищи под зубными протезами (мостами) и нависающими краями пломб. Профессиональная гигиеническая чистка заключается в удалении над- и поддесневых твёрдых и мягких зубных отложений ультразвуком, ручными инструментами, пескоструйным аппаратом, вращающимися щётками с пастой. Гигиеническая чистка не исключает дальнейшего лечения у врача- пародонтолога, если имеются объективные медицинские показания и может быть подготовительным этапом к этому лечению.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. 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 в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение данного анестезиологического медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечнососудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода в виде летального.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений:

- аллергические реакции организма на медикаментозные препараты;
- обморок, коллапс, шок;
- травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами;
- невралгиями и постинъекционными гематомами.

Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией моего организма на него. Введение раствора проводится при помощи иглы, что может сопровождаться травмой мягких тканей и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограниченное открывание рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание может быть затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаев медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Я информирован о том, что в этих случаях, при моем правомерном отказе от использования анестезии, у врача не имеется объективной возможности предоставить требуемую услугу в плановой ситуации. Т.к. в этом случае он не может, по независящим от него обстоятельствам, обеспечить безопасность услуги (ФЗ «О защите прав потребителей») и нарушает право пациента на гуманное отношения при оказании медицинской помощи (ч.5. ст. 19 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны Здоровья граждан в РФ»).

Я проинформирован(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я информирован о том, что для профилактики возникновения описанных непредвиденных обстоятельств будут приняты все необходимые меры предосторожности. Я информирован, что клиника оснащена всем необходимым для оказания экстренной медицинской помощи.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей и зубов (ортопантограммы, дентальной компьютерной томографии, прицельной радиовизиографии) до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен (а) на их проведение. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования повышается вероятность наступления описанных осложнений, вероятность снижения эффективности лечения по не зависящим от врача причинам, повышается вероятность отказа врача от продолжения лечения (в плановой ситуации) вследствие возникновения объективной невозможности предоставить требуемую услугу.

Я информирован(а) о противопоказаниях к рентгенологическому обследованию: беременность на протяжении всего срока и период лактации; пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение курса лучевой терапии менее чем за шесть месяцев до настоящего времени; выполнение рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений. Рентгенография детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Мне сообщено, что при получении рентгенограммы неудовлетворительного качества (в случаях: движения пациента во время процедуры, большой мышечной массы и плотности тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.) необходимо выполнение повторного рентгеновского снимка. Доза облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учёта дозовых нагрузок.

Для практически здоровых лиц годовая эффективная доза при проведении профилактических медицинских рентгенологических процедур и научных исследований не должна превышать 1 мЗв (1000μЗв). 1 обследование КТ-80μЗв, ОППГ- 80μЗв, до 12рЗв.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них подробные ответы. Мне также разъяснили значения всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского специалиста, участие которого в моем (моего представляемого) лечении будет необходимо. Я понимаю, что невозможно точно установить сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека, и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе оказания медицинской помощи.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего (моего представляемого) организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Я информирован, что результат любого медицинского вмешательства в силу специфики медицинской услуги зависит от скоординированных с медицинскими работниками ответных действий с моей стороны, направленных на обеспечение безопасности в данном случае предполагаемого терапевтического лечения.

Поэтому в моих интересах сообщить врачу правдивые сведения обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня(представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на терапевтическое лечение и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии(Положение о гарантиях), которые обязуюсь соблюдать.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом, являющимся приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг и неотъемлемой частью амбулаторной карты (ф.043У).

Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии моего здоровья, а также выполнения всех полученных от врача и персонала указаний, касающихся соблюдения гигиены полости рта, проведения консервативного лечения, в котором я буду нуждаться, и визитов в указанные сроки.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечёт для меня правовые последствия.

Настоящим я даю своё согласие- на осуществление основного плана лечения.

Примечание: согласие на проведение стоматологического вмешательства в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет (16 лет для страдающих наркооманией), и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, Дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных Данных.

Факт законности представительства интересов ,

Ф.И.О. _____

подтверждён: _____ (документ представителя)

Подпись врача: _____ / _____

Подпись пациента(представителя) _____ / _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Согласие составлено в соответствии с :

- Федеральным Законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» N2 323-ФЗ в редакции от 24.07.2023 (действует с 01.09.2023 года)
- Федеральным Законом «О защите прав потребителей» от 07.02.92 N 2300-1 в редакции от 04.08.2023 (действует с 01.09.2023 года)
- Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 «Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» в редакции от 11.05.2023г. (действует с 01.09.2023 года)
- Федеральным Законом от 27.07.2006 N2 152-ФЗ «О персональных данных» в редакции от 06.02.2023 года (действует с 08.05.2023 года)
- Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 г. N2 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них» в редакции от 31.07.2020 (действует с 05.10.2020 года)
- Приказом Министерства здравоохранения РФ от 12.11.2021 года «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства» в редакции от 12.11.2021г. (действует с 01.03.2022 года)
- гражданским Кодексом РФ

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ.

Я _____,
проживающий по адресу _____,
паспорт серия _____ номер _____, выдан _____,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю своё согласие на обработку ООО «МЕРКУРИЙ» г.Москва, вн.тер. поеление Московский, ул.Саларьевская, д13, к1, пом. 6Н. «3D Стоматологическая клиника», (далее - Оператор) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность); страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их приём и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

Обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;

Обработка моих персональных данных, защищённых в установленном порядке, без

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

_____/_____
(дата/ФОИ/подпись)

Добровольное информированное согласие составлено в соответствии с

- Федеральным Законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» N2 323-ФЗ в редакции от 24.07.2023 (действует с 01.09.2023 года)
- Федеральным Законом «О защите прав потребителей» от 07.02.92 N 2300-1 в редакции от 04.08.2023 (действует с 01.09.2023 года)
- Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 «Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» в редакции от 11.05.2023г. (действует с 01.09.2023 года)
- Федеральным Законом от 27.07.2006 N2 152-ФЗ «О персональных данных» в редакции от 06.02.2023 года (действует с 08.05.2023 года)
- Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 г. N2 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них» в редакции от 31.07.2020 (действует с 05.10.2020 года)
- Приказом Министерства здравоохранения РФ от 12.11.2021 года «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства» в редакции от 12.11.2021г. (действует с 01.03.2022 года)
- гражданским Кодексом РФ

*Добровольное информированное согласие на
проведение прaadонтологического лечения.*

Этот Документ в соответствии со ст. 20, 22, 23 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я,

(Ф.И.О. пациента, законного представителя, число, месяц, год рождения)

обращаюсь в ООО «МЕРКУРИЙ», «3D СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА», для оказания мне/моему представляемому

(Ф.И.О. представляемого, число, месяц, год рождения)

стоматологической помощи, и уполномочиваю врача-стоматолога

Этот документ подтверждает, что я ознакомился(ась) с предлагаемым планом лечения, сроками и стоимостью оказания медицинских услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) отказаться от лечения, поставив свою подпись в конце документа.

Доктор поставил мне(моему представляемому) следующий

диагноз: _____ и указал на необходимость проведения профессиональной гигиены полости рта и комплексного лечения заболевания, включая хирургические, ортопедические, ортодонтические методы. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление, либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба или группы зубов.

Пародонтологическое лечение не может гарантировать полного выздоровления, хотя имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, результатом проводимых процедур является стабилизация зубов, процесса атрофии костной ткани, устранение воспалительных явлений в окружающих зуб тканей, направленная регенерация костной ткани при отсутствии медицинских противопоказаний.

Альтернативными методами лечения являются: удаление поражённого зуба или группы зубов. Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического исследования с целью уточнения диагноза и контроля эффективности проводимого лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры)по графику, обговорённому с доктором).

Я предупрежден(а) о возможных осложнениях во время анестезии, лечебных манипуляциях, при приёме анальгетиков, антибиотиков и других лекарственных средств. Я проинформировал(а) Доктора обо всех случаях повышенной чувствительности и непереносимости медикаментозных препаратов в прошлом и в настоящее время.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(сна) с тем, что предсказать точный результат планируемого лечения невозможно, так как не может быть стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мной результата с реальной действительностью.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечёт для меня правовые последствия.

Я понимаю, что мне не давались безосновательные гарантии или заверения. Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению.

Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы. Принимая во внимание все возможные результаты планируемого лечения, возможные осложнения и риски, я согласен(сна) на рекомендованное врачом лечение имеющегося у меня заболевания пародонта.

Пациент: _____ / _____
Врач: _____ / _____

« _____ » _____ г.

Договор составлен в соответствии с

- Федеральным Законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» N2 323-ФЗ в редакции от 24.07.2023 (действует с 01.09.2023 года)
- Федеральным Законом «О защите прав потребителей» от 07.02.92 N 2300-1 в редакции от 04.08.2023 (действует с 01.09.2023 года)
- Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 «Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» в редакции от 11.05.2023г. (действует с 01.09.2023 года)
- Федеральным Законом от 27.07.2006 N2 152-ФЗ «О персональных данных» в редакции от 06.02.2023 года (действует с 08.05.2023 года)
- Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 г. N2 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них» в редакции от 31.07.2020 (действует с 05.10.2020 года)
- Приказом Министерства здравоохранения РФ от 12.11.2021 года «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства» в редакции от 12.11.2021г. (действует с 01.03.2022 года)
- гражданским Кодексом РФ

ОБРАЗЕЦ ДЛЯ ОЗНАКОМЛЕНИЯ.

*Добровольное информированное согласие
на проведение операции имплантации.*

Этот Документ в соответствии со ст. 20, 22, 23 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____
(Ф.И.О. пациента, законного представителя, число, месяц, год рождения)

обращаюсь в ООО «МЕРКУРИЙ», «ЗД СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА» для оказания мне/моему представляемому _____

(Ф.И.О. представляемого, число, месяц, год рождения)

За стоматологической помощью.

Содержание данного Согласия

Доктор _____ объяснил мне природу моего состояния: отсутствие зубов. Процедура необходимая для устранения дефекта - установка зубного имплантата.

1. После тщательного обследования полости рта доктор предложил мне установить дентальные импланты. Я даю согласие на данный курс лечения.

2. Эта процедура может включать в себя восполнение кости материалами человеческого, животного или искусственного происхождения. Я понимаю, что эта процедура даёт оптимальную реабилитацию функции жевательного аппарата.

3. Я понимаю, что эта процедура является не единственной среди предложенных методов лечения. Мне также были предложены альтернативные методы, включающие в себя полносъемные протезы. Я выбрал оперативный вид установки имплантатов.

4. Я также понимаю, что для проведения данной операции необходимо сделать разрез и внедрение имплантата через специальное отверстие, сделанное стоматологическим сверлом в челюстной кости. После этого мягкие ткани будут закрыты швом, и имплантат останется в покое в тканях кости на период до 6-9 месяцев, причём обычно 1-я фаза заживления, до снятия швов, около одной недели. И окончательная остеоинтеграция (заживление кости) идёт в течение 6-9 месяцев. Эти сроки зависят от моего общего состояния здоровья, режима питания и других факторов
5. Я также понимаю, что по ходу исполнения данной процедуры могут возникнуть непредвиденные изменения, и поэтому необходимы дополнительные мероприятия в виде фармакологических препаратов и курса лечения согласно профессиональному мнению лечащего врача.
6. У меня была возможность обсудить с доктором план хирургического вмешательства, установку имплантата и постоперационных рекомендаций: не злоупотреблять курением, спиртными напитками в течении 2 недель, необходимость использования антибиотиков, противоболевых препаратов. При возникновении сильной боли, повышении температуры тела необходимо сразу же связаться с лечащим врачом во избежание серьёзных проблем.
7. Я понимаю, что вследствие приема некоторых препаратов, возможно возникновение таких реакций моего организма, как вялость, сонливость, поэтому следует ограничить вождение автотранспорта. Я согласен ограничить нахождение за рулем или управление сложным оборудованием в течение 24 часов после операции.
8. Я понимаю, что не может быть гарантий в отношении того, что результаты операции могут меня полностью удовлетворить, а также то, что в виду индивидуальных особенностей организма и несовершенства некоторых хирургических процедур существует риск неудачи или необходимости в дополнительном лечении. Проведение дополнительных хирургических мероприятий по спасению имплантата предполагает и дополнительные расходы для меня.

Последствия игнорирования предложенной процедуры

Мое состояние может оставаться таким же или ухудшиться в случае невыполнения предложенного плана лечения, а именно: дальнейшая потеря костной ткани, ведущая за собой деформацию зубного ряда и даже невозможность дентальной имплантации в будущем.

Риски

Среди основных и частых рисков можно упомянуть: отёк; ограничение открывания рта, заложенность носа. Всё это временное явление, но порой и длительное. Если какой-то иной специалист вмешается в процедуру, предписанную моим лечащим врачом лечения, то я обязуюсь понести все вызванные этим расходы. В этих случаях возврат денежных средств исключён.

Идентификация имплантата

При установке имплантата в целях контроля продукта доктор сохраняет информацию об установленном им имплантате и компонентах (включая производственные данные, а так же сроки стерильности) в медицинской карте.

Отсутствие гарантий

В виду несовершенства науки невозможно дать совершенных гарантий, и доктор не сможет дать полностью удовлетворяющего меня курса лечения. Вследствие индивидуальных различий пациентов увеличивается риск неудачи или дополнительных мер лечения.

Моя сфера ответственности.

Я согласен полностью сотрудничать с моим доктором по внесённым им рекомендациям. В частности:

- после установки ортопедической конструкции - проведение профессиональной гигиены 1 раз в 3-6 месяцев (в зависимости от уровня самостоятельной гигиены), также я обязуюсь выполнять все гигиенические мероприятия в полости рта, регулярно обследовать свое здоровье,
- обязательное использование ирригатора через месяц после фиксации ортопедической конструкции - ежедневно,
- осмотр и рентгенологический контроль 1 раз в 3 месяца - в течение года функционирования ортопедической конструкции, раз в 6 месяцев - 2 года, далее - 1 раз в год.

Не соблюдая эти рекомендации, ожидаемого результата может не быть. Я сообщил в карточку истории болезни о своих аллергических реакциях на медикаменты и еду и разрешаю проводить диагностические мероприятия. Я сообщил доктору о моем прошлом заболевании, включая травмы.

Разное

Фотографии

Я даю согласие на фотографирование, съёмку и рентгенологическую запись во время операции или других необходимых стоматологических процедурах и публикацию этих снимков в научных целях.

Оплата

Мне известен выставленный к оплате счёт. Я согласен с ним и знаю, что он не включает в себя расходы по послеоперативным мероприятиям: рентгенографии, инъекции, анестезии, которые возможно понадобятся.

Составлено и прочитано на русском языке. Понято содержание. Мне была дана возможность задать вопросы, и были получены удовлетворительные ответы. Я прочитал форму согласия полностью и сообщил хирургу о моем согласии на операцию и анестезию.

Мне были разъяснены в кабинете врача данная форма, процедуры, как она может помочь мне, возможные осложнения и предостережения. Я желаю, чтобы мне была проведена данная операция.

Я уполномочиваю доктора провести упомянутую операцию в любое назначенное время.

Подпись пациента _____ «_____» _____ 20____ г

Я объяснил пациенту условия операции, ее процедуру, ее пользу, альтернативы и риски, согласно данной Форме.

Подпись врача _____

Добровольно согласие составлено в соответствии с

- Федеральным Законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» N2 323-ФЗ в редакции от 24.07.2023 (действует с 01.09.2023 года)
- Федеральным Законом «О защите прав потребителей» от 07.02.92 N 2300-1 в редакции от 04.08.2023 (действует с 01.09.2023 года)
- Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 «Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» в редакции от 11.05.2023г. (действует с 01.09.2023 года)
- Федеральным Законом от 27.07.2006 N2 152-ФЗ «О персональных данных» в редакции от 06.02.2023 года (действует с 08.05.2023 года)
- Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 г. N2 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них» в редакции от 31.07.2020 (действует с 05.10.2020 года)
- Приказом Министерства здравоохранения РФ от 12.11.2021 года «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства» в редакции от 12.11.2021г. (действует с 01.03.2022 года)
- гражданским Кодексом РФ

ОБРАЗЕЦ ДЛЯ ОЗНАКОМЛЕНИЯ.

*Добровольное информированное согласие
на проведение ортодонтического лечения.*

Этот Документ в соответствии со ст. 20, 22, 23 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____
(Ф.И.О. пациента, законного представителя, число, месяц, год рождения)
обращаюсь в ООО «МЕРКУРИЙ», «3D СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА» для оказания мне/моему
представляемому _____
(Ф.И.О. представляемого, число, месяц, год рождения)

стоматологической помощи.

Этот документ подтверждает, что я ознакомился(ась) с предлагаемым планом лечения, сроками и стоимостью оказания медицинских услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) отказаться от лечения, поставив свою подпись в конце документа. Доктор поставил мне (моему представляемому) следующий диагноз: _____

Мне предоставлена полная информация о заболевании (патологии прикуса) и методах его лечения. Мне объяснён в понятной и доступной мне форме основной план лечения, включая ожидаемые результаты, риски и пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, а также необходимые исследования и врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим.

Я информирован(а), что нарушения прикуса могут быть вызваны различными причинами врождёнными и приобретёнными: генетические нарушения, различные заболевания матери в период беременности, пациента в раннем детском и дошкольном возрасте, вредные привычки (соска, пустышка, сосание пальцев и др.). плохая гигиена полости рта. Нарушения прикуса могут привести к преждевременной потере зубов и к функциональным и органическим заболеваниям других органов и систем организма.

Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии моего здоровья, а также выполнения всех полученных от врача и персонала указаний, касающихся соблюдения гигиены полости рта, проведения консервативного лечения, в котором я буду нуждаться, и визитов в указанные сроки.

Я обязан (а) ознакомить лечащего врача со всеми своими сопутствующими заболеваниями и перечислить медикаменты, принимаемые мной по назначению других специалистов.

Я информирован (а), что ортодонтическое лечение проводится длительное время в зависимости от сложности заболевания и способствует нормализации положения отдельных зубов, формы и размеров зубных рядов и взаимоотношения верхнего зубного ряда с нижним. Ортодонтическое лечение включает несколько этапов:

а) подготовительный, который может потребовать проведение терапевтических и хирургических методов лечения с целью оздоровления очагов хронической инфекции, создание дополнительного пространства в зубных рядах удалением здоровых зубов, сепарации (разделения) скученных зубов в случаях недоразвития челюстей в процессе роста пациента. Данный этап может также потребовать запечатывания бороздок на жевательных зубах с целью профилактики развития кариеса во время ортодонтического лечения, шлифования, контактов отдельных зубов, устранения неправильной работы жевательной мускулатуры, лечение изменений височно-нижнечелюстных суставов, хирургической коррекции длины уздечек г/б и языка, боковых тяжей слизистой оболочки полости рта и лечения у пародонтолога; б) основной или активный период лечения с использованием несъемной или съёмной ортодонтической аппаратуры, в зависимости от медицинских показаний; в) ретенционный, направленный на удержание зубов в нужном положении до полной стабилизации прикуса. Оплата ретенционного этапа проводится дополнительно.

При выраженных скелетных аномалиях зубочелюстной системы консервативное ортодонтическое лечение может быть недостаточно эффективным, в таких случаях показана хирургическая коррекция прикуса. Ортодонтическое лечение может дополняться физиотерапией, а также ношением внеротовой аппаратуры.

Ортодонтическое лечение может применяться, как дополнительный этап, в комплексном лечении заболеваний пародонта, а также перед протезированием. Ортодонтическое лечение может прерываться на период прорезывания отдельных зубов, а также для проведения профилактических и лечебных мероприятий.

Мне понятно, что керамические и пластиковые брекет-системы хрупкие, могут ломаться в процессе работы и требуют замены, керамические брекет-системы за счёт своей твёрдости могут вызывать стираемость зубов антагонистов, а иногда при их удалении отлом коронки зуба. При несоблюдении рекомендаций лечащего врача по приёму и характеру пищи пациентом и отклеивании брекетов, повторное их приклеивание ухудшает условия их фиксации и может потребовать их замены. После окончания ортодонтического лечения и удаления брекетов, ранее проведённые композитные и керамические реставрации зубов могут подлежать замене. При наличии изменений в области височно-нижнечелюстных суставов и нарушений со стороны жевательных мышц могут возникнуть затруднения в адаптации к ортодонтическому лечению.

При выявлении дефектов аппаратуры по вине поставщика во время постановки системы аппарат подлежит замене, что может привести к переназначению пациента на лечение в другой день.

Лечение на съёмной ортодонтической аппаратуре с винтами и пружинами, их активация способствует перестройке формы зубного ряда и конфигурации слизистой оболочки неба. Нарушение рекомендованного режима постоянного пользования аппаратом и его активации приводит к ухудшению фиксации, требует коррекции аппарата или изготовления нового. Я информирован(а), что у растущих пациентов съёмный аппарат должен быть припасован и сдан врачом в срок не позднее трёх недель.

Показания к лечению на съёмной ортодонтической аппаратуре могут быть ограничены возрастом пациента и характером зубочелюстной аномалии. Я проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта, в том числе при проведении местного обезболивания, возможно возникновение различных индивидуальных реакций, включая аллергические при непереносимости мной отдельных медикаментов и материалов.

Мне объяснено и я понял, что существует вероятность того, что во время выполнения основного плана лечения может возникнуть необходимость в частичном или полном изменении его, включая дополнительные врачебные процедуры, которые, в силу особенностей моего организма, невозможно было достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

Я понял (а), что результат лечения мне не может быть полностью гарантирован, но я понимаю, что мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, качественное проведение всех связанных с лечением манипуляций, применение качественных медикаментов, материалов и аппаратуры.

Я согласен(а) с предложенным мне лечащим врачом планом лечения и обследования включая рентгенологические методы и фотографирование до лечения, во время и по окончании лечения

Я получил(а) исчерпывающую информацию по предполагаемому лечению, она мне полностью понятна, осознал (а), что преимущества предлагаемого лечения значительно перевешивают возможные осложнения и добровольно даю согласие на проведение предложенного мне лечения.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечёт для меня правовые последствия.

Настоящим я даю своё согласие на осуществление основного плана лечения.

Подпись врача _____ / _____

Подпись пациента _____ / _____

« _____ » _____ 202 ____ г.

Добровольное согласие составлено в соответствии с

- Федеральным Законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» N2 323-ФЗ в редакции от 24.07.2023 (действует с 01.09.2023 года)
- Федеральным Законом «О защите прав потребителей» от 07.02.92 N 2300-1 в редакции от 04.08.2023 (действует с 01.09.2023 года)
- Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 «Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» в редакции от 11.05.2023г. (действует с 01.09.2023 года)
- Федеральным Законом от 27.07.2006 N2 152-ФЗ «О персональных данных» в редакции от 06.02.2023 года (действует с 08.05.2023 года)
- Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 г. N2 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них» в редакции от 31.07.2020 (действует с 05.10.2020 года)
- Приказом Министерства здравоохранения РФ от 12.11.2021 года «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства» в редакции от 12.11.2021г. (действует с 01.03.2022 года)
- гражданским Кодексом РФ

ОБРАЗЕЦ ДЛЯ ОЗНАКОМЛЕНИЯ.

*Информационное согласие на предоставление
ортопедически стоматологических услуг.*

Этот Документ в соответствии со ст. 20, 22, 23 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____

(Ф.И.О. пациента, законного представителя, число, месяц, год рождения)

обращаюсь в ООО «МЕРКУРИЙ», «3D СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА» для оказания мне/моему Представляемому _____

(Ф.И.О. представляемого, число, месяц, год рождения)

стоматологической помощи и уполномочиваю врача- стоматолога _____ провести ортопедическое лечение дефектов зубов или (и) зубных рядов челюстей.

Этот документ содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ась) с предлагаемым лечением и мог (ла) отказаться от него, либо дать своё согласие на проведение данного лечения.

Врач обосновал необходимость проведения ортопедического лечения. Я знакомлен (на) с наиболее рациональным планом протезирования и проведения подготовительных мероприятий.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые в моем случае, будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного аппарата).

Последствиями отказа от протезирования вообще могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведённого эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также обще-соматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология. Врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, а также соблюдать сроки,

которые необходимо выдержать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза. Хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить моё стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что протезирование является своего рода вмешательством в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, т.к. полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного аппарата (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов, и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

Я внимательно ознакомился (ась) с данным Дополнением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечёт для меня правовые последствия.

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с врачом и записанному в истории болезни).

Я осведомлен (а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал (а) врача обо всех элущаях аллергии и медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я полагаю, что в моих интересах начать предложенное мне протезирование. Мне были объяснены все возможные исходы протезирования, а также альтернативные варианты. Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Подпись пациента _____

Подпись врача _____

« ____ » _____ 202 ____ г

Добровольное согласие составлено в соответствии с

- Федеральным Законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» N2 323-ФЗ в редакции от 24.07.2023 (действует с 01.09.2023 года)
- Федеральным Законом «О защите прав потребителей» от 07.02.92 N 2300-1 в редакции от 04.08.2023 (действует с 01.09.2023 года)
- Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 «Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» в редакции от 11.05.2023г. (действует с 01.09.2023 года)
- Федеральным Законом от 27.07.2006 N2 152-ФЗ «О персональных данных» в редакции от 06.02.2023 года (действует с 08.05.2023 года)
- Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 г. N2 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них» в редакции от 31.07.2020 (действует с 05.10.2020 года)
- Приказом Министерства здравоохранения РФ от 12.11.2021 года «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства» в редакции от 12.11.2021г. (действует с 01.03.2022 года)
- гражданским Кодексом РФ

ОБРАЗЕЦ ДЛЯ ОЗНАКОМЛЕНИЯ.

*Добровольное информированное согласие
на проведение эндодонтического лечения.*

Этот Документ в соответствии со ст. 20, 22, 23 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

я, _____

(Ф.И.О. пациента, законного представителя, число, месяц, год рождения)

обращаюсь в ООО «МЕРКУРИЙ», «3D СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА», представляемому мною _____

(Ф.И.О. представляемого, число, месяц, год рождения)

За стоматологической помощью, и уполномочиваю врача-стоматолога _____
провести эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов) _____

Этот документ подтверждает, что я ознакомился(ась) с предлагаемым планом лечения, сроками и стоимостью оказания медицинских услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) отказаться от лечения, поставив свою подпись в конце документа.

Доктор поставил мне следующий диагноз: _____

и указал на необходимость лечения корневых каналов этого зуба. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; появление либо нарастание болевых ощущений; развитие тяжёлых гнойных осложнений вплоть до летального исхода; образование околокорневой кисты; потеря зуба, а также обострение имеющихся хронических заболеваний.

Альтернативными методами лечения являются: удаление поражённого зуба (зубов). Эндодонтическое лечение, как правило, имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я

понимаю, что оно является комплексным вмешательством на биологических тканях организма и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех, так как невозможно предугадать ответную реакцию организма на проводимое лечение, особенно в случаях повторного эндодонтического лечения.

Доктор понятно объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, а именно:

1. Имеется достаточно высокий процент (от 20% до 44% по данным различных авторов) неудач эндодонтического лечения. Что может потребовать: повторного лечения корневых каналов в будущем, хирургического вмешательства в области верхушек корней и даже удаление зуба.
2. Во время лечения корневых каналов из-за особенностей их строения и степени их искривления возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба.

3. при перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается в связи с:

- невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала;
- облитерацией корневых каналов (отсутствие корневого канала из-за отложений в нем солей кальция), что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов). При лечении искривленных корневых каналов также имеется более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня. Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии;
- при снятии искусственной коронки может произойти перелом культи или корня зуба, так как даже при рентгенологическом исследовании определить степень разрушенности твердых тканей зуба невозможно, что может привести к его удалению
- даже при успешном завершении эндодонтического лечения нельзя гарантировать, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

Доктор также объяснил мне необходимость обязательного ортопедического восстановления коронки зуба после проведения эндодонтического лечения из-за значительной утраты твердых тканей коронковой части, что может привести к перелому стенок ее, из-за их значительного истончения. Кроме того, понимаю необходимость рентгенологического контроля эффективности и качества эндодонтического лечения. Я понимаю необходимость периодических осмотров по графику, обговорённому с доктором.

Я осведомлен о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал доктора обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения. Я понимаю, что это в моих интересах приступить к лечению корневых каналов.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Принимая во внимание все возможные результаты планируемого лечения, возможные осложнения и риски, я согласен(сна) на проведение эндодонтического лечения.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечёт для меня правовые последствия.

Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом, являющимся приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг и неотъемлемой частью амбулаторной карты (ф.043У).

Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии моего здоровья, а также выполнения всех полученных от врача и персонала указаний, касающихся соблюдения гигиены полости рта, проведения консервативного лечения, в котором я буду нуждаться, и визитов в указанные сроки.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия,

Настоящим я даю своё согласие на осуществление основного плана лечения

Примечание: согласие на проведение стоматологического вмешательства в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет (16 лет для страдающих наркоманией), и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, Дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных Данных. Факт законности представительства интересов

(Ф.И.О. представляемого)

Подтверждён: _____ (документ представителя) _____

Подпись врача: _____

Подпись пациента/ представителя: _____

Дата « ____ » _____ г

ОБРАЗЕЦ ДЛЯ ОЗНАКОМЛЕНИЯ.

УВАЖАЕМЫЙ ПАЦИЕНТ!

На процесс лечения у стоматолога могут оказать влияние общие заболевания, поэтому просим Вас внимательно заполнить эту анкету (отметить ДА или НЕТ).

Мы гарантируем, что сведения, указанные Вами в анкете, будут использованы только для подбора лечения с учётом Вашего здоровья и не будут доступны посторонним лицам.

АНКЕТА

(заполняется пациентом)

1. Аллергия (лекарственная, пищевая, другие) _____
2. Какая у Вас аллергия _____
Симптомы _____
Чем купируется приступ _____
3. Был ли у Вас инфаркт миокарда? Когда _____
4. Страдаете ли Вы заболеваниями:
- сердца (стенокардия, аритмия, ИБС) _____
- Почек _____
- Печени _____
- желудочно-кишечного тракта _____
- легких (бронхиальная астма) _____
4. Страдаете ли Вы:
- повышенным артериальным давлением _____
- пониженным артериальным давлением _____
5. Бывают ли у Вас припадки, обмороки, головокружение _____

6. Длительные кровотечения после порезов _____
7. Диабет _____
8. Инсулт _____
9. Принимаемые лекарства (указать) _____

10. Ревматизм, ревматоидный артрит _____
11. Перенесённый гепатит, туберкулёз _____
12. СПИД, венерические заболевания _____
13. Периодически возникающие язвы полости рта, герпес _____
14. Бруксизм (ночное скрежетание зубами) _____
15. Заболевания гайморовых пазух _____
16. Употребляете ли Вы наркотики _____
17. Курите ли Вы _____
- Для женщин: - беременность _____
- приём гормональных препаратов _____

Я искренне ответил(а) на все пункты анкеты, хочу дополнительно сообщить о состоянии своего здоровья следующее:

Мне известно, что только в случае обязательных профилактических осмотров (1 раз в 6 месяцев) можно рассчитывать на определенный срок результатов лечения, протезирования.

Я знаю, что в случае приёма лекарственных препаратов до начала приёма стоматолога должен(на) сообщить врачу об этом.

Подпись пациента _____

Отказ от медицинского вмешательства составлен в соответствии с

- Федеральным Законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» N2 323-ФЗ в редакции от 24.07.2023 (действует с 01.09.2023 года)
- Федеральным Законом «О защите прав потребителей» от 07.02.92 N 2300-1 в редакции от 04.08.2023 (действует с 01.09.2023 года)
- Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 «Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» в редакции от 11.05.2023г. (действует с 01.09.2023 года)
- Федеральным Законом от 27.07.2006 N2 152-ФЗ «О персональных данных» в редакции от 06.02.2023 года (действует с 08.05.2023 года)
- Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 г. N2 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них» в редакции от 31.07.2020 (действует с 05.10.2020 года)
- Приказом Министерства здравоохранения РФ от 12.11.2021 года «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства» в редакции от 12.11.2021г. (действует с 01.03.2022 года)
- гражданским Кодексом РФ

ОБРАЗЕЦ ДЛЯ ОЗНАКОМЛЕНИЯ

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____, «_____» _____ г.

рождения, (ФИО (отчество - при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

В отношении _____, «_____» _____ г.

рождения, (ФИО пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико—санитарной помощи в ООО «МЕРКУРИЙ» «3D Стоматологическая клиника», отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, клоченных в Перечень определённых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико—санитарной помощи, утверждены приказом Министерства здравоохранения и социального развития российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н -1-:

Медицинским работником

(ФИО медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнения заболевания (состояния).

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виду) медицинского вмешательства.

(подпись) (ФИО (отчество — при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (ФИО (отчество - при наличии) медицинского работника)

« _____ » _____ 202__ г.

Добровольное согласие составлено в соответствии с:

- Федеральным Законом «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» №2 323-ФЗ в редакции от 24.07.2023г (действует от 01.09.2023г)
 - Федеральным Законом о защите прав потребителей» от 07.09.92 № 2300-1 в редакции от 04.08.2023г (действует с 08.05.2023г)
 - Постановлением правительства РФ от 11.05.2023г № 736 «Правила предоставления медицинской помощи организациями платных медицинских услуг» в редакции от 11.05.2023г (действует с 01.09.2023г).
 - Федеральным Законом о «Персональных данных» в редакции от 06.02.2023 года (действует с 08.05.2023г)
 - Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020г №2 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них» в редакции от 31.07.2020 (действует с 05.10.2020г).
 - Приказом Министерства здравоохранения РФ от 12.11.2021 года «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства» в редакции от 12.11.2021г. (действует с 01.03.2022 года)
 - Гражданским Кодексом РФ.
-

ОБРАЗЕЦ ДЛЯ ОЗНАКОМЛЕНИЯ

Информированное добровольное согласие на временное стоматологическое лечение.

Документ составлен в соответствии со статьями 20, 21, 22 федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я (Ф.И.О.) _____

Обращаясь за помощью в ООО «МЕРКУРИЙ» «3D Стоматологическая клиника» для оказания стоматологической помощи.

В соответствии с моей волей, в доступной форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня заболевания:

Я был(а) предупрежден(а) врачом о не оптимальности и нецелесообразности проведения такого временного лечения, о всех возможных осложнениях, которые могут произойти вследствие принятого мною решения.

Я был(а) предупрежден(а) врачом и соглашаюсь с тем, что ни врач, проводящий временное стоматологическое лечение, ни клиника не предоставляют ни каких гарантий на данную медицинскую услугу и не могут нести за неё ответственности, так как подобное лечение не может иметь клинического успеха, а является всего лишь попыткой отдалить срок рекомендованного лечения. В связи с этим я согласен(а) принять на себя ответственность за результат оказанного временного лечения по моему настоянию и вопреки рекомендациям врача, и не иметь любых претензий и требований ни к врачу, ни к клинике.

Я понимаю и принимаю, что при временном лечении положительный результат не может быть гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, использование им только разрешённых к применению в РФ медицинских

изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

Я предупрежден(а) и согласен(а) с тем, что объем манипуляций в ходе процедуры может варьироваться, а окончательный выбор объема корректируется во время проведения лечения/процедуры врачом. В случае необходимости корректировки процедуры или проведения другой процедуры я доверяю врачу принять соответствующее решение и выполнить все необходимые медицинские действия, которые он сочтет необходимым. В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю своё согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, которые врач сочтет необходимым. В случае возникновения неотложных ситуаций, даю согласие на госпитализацию.

Мне разъяснено, что симптомами осложнений после не гарантийного (временного лечения) могут являться болевые ощущения в области вмешательства, и что при появлении болевых ощущений мне необходимо обратиться за помощью к специалисту, для дополнительного обследования и принятия решения о новом лечении в полном объеме в соответствии с рекомендациями врача. При отсутствии осложнений посещение врача осуществляется планово.

Я добросовестно поставил(а) в известность и ответил(а) на все вопросы врача обо всех проблемах своего здоровья, в том числе об(б): аллергии, индивидуальной непереносимости препаратов, перенесённых и известных травмах, операциях, заболеваниях, принимаемых мною лекарственных средств.

Понимая все вышеуказанное, я добровольно соглашаюсь на установление гарантийного срока по лечению (реставрации) данного зуба, равному 1 (один) день.

Я подтверждаю, что противопоказаний, о которых меня информировал врач, у меня нет. При наличии у меня противопоказаний и не уведомлении о них врача, в случае возникновения побочных эффектов я отвечаю за все последствия в полной мере без претензий к врачу и клинике.

Я внимательно ознакомился (ась) с данным Дополнением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечёт для меня правовые последствия.

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры.

Примечание: согласие на проведение стоматологического вмешательства в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет (16 лет для страдающих наркоманией), и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, Дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных Данных.

*Факт законности представительства интересов ,
Ф.И.О.*

подтверждён: _____
(документ представителя)

Подпись врача: _____ / _____

Подпись пациента(представителя) _____ / _____

Дата « _____ » _____ 20__ г.

Добровольное согласие составлено в соответствии с:

- Федеральным Законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №2 323-ФЗ в редакции от 24.07.2023г (действует от 01.09.2023г)
- Федеральным Законом о защите прав потребителей» от 07.09.92 № 2300-1 в редакции от 04.08.2023г (действует с 08.05.2023г)
- Постановлением правительства РФ от 11.05.2023г № 736 «Правила предоставления медицинской помощи организациями платных медицинских услуг» в редакции от 11.05.2023г (действует с 01.09.2023г).
- Федеральным Законом о «Персональных данных» в редакции от 06.02.2023 года (действует с 08.05.2023г)
- Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020г №2 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них» в редакции от 31.07.2020 (действует с 05.10.2020г).
- Приказом Министерства здравоохранения РФ от 12.11.2021 года «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства» в редакции от 12.11.2021г. (действует с 01.03.2022 года)
- Гражданским Кодексом РФ.

ОБРАЗЕЦ ДЛЯ ОЗНАКОМЛЕНИЯ

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство- Удаление зуба(ов)

Этот документ в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

Обращаюсь в ООО «МЕРКУРИЙ» «3D Стоматологическую клинику» для оказания мне/моему предоставляемому за стоматологической помощью.

(Ф.И.О. предоставляемого)
проинформирован(а) о поставленном диагнозе _____
и необходимости проведения хирургической операции _____

Я осведомлен(а) о возможных альтернативных способах лечения, направленных на сохранение зуба, их преимуществах и недостатках. Я так же информирован(а), что в ряде конкретных случаев удаление зуба является единственным способом лечения.

Мне понятно, что после удаления зуба возникают ощущения дискомфорта (боль) продолжающиеся до нескольких дней, по поводу которых врач назначит при необходимости препараты. Осложнения удаления зуба обусловлены анатомо-физиологическими особенностями организма пациента или наличием имеющегося хронического или острого патологического процесса челюстно-лицевой области. Мне понятно, что удаление зуба верхней челюсти проводится в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, поэтому я соглашаюсь с тем, что возможно возникновение перфорации дна пазухи носа и, как следствие, воспалительные процессы в этой области. При хирургическом вмешательстве в области нижней челюсти, возможно расположение корней зуба в непосредственной близости зоны вмешательства к нижнему каналу, поэтому я соглашаюсь с тем, что возможно развитие стойкого онемения языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти, развитие послеоперационных отеков.

Я соглашаюсь с тем, что при надлежащем выполнении медицинского вмешательства в редких случаях во время хирургической операции и в послеоперационном периоде возникают нижеперечисленные явления:

Болевые ощущения в течение послеоперационного периода;

Сохранение припухлости мягких тканей;

Повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации;

Ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов;

При аномальном расположении зуба - повреждение имеющихся зубов, переломы кости верхней и нижней челюсти;

Я соглашаюсь с тем, что при наличии исходного воспаления в области удаляемого зуба, процесс заживления может происходить медленнее, осложниться развитием воспаления в области удалённого зуба, что потребует дополнительного хирургического лечения.

Я соглашаюсь с тем, что отсутствие заживления костного послеоперационного дефекта непрогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

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

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приёма анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня 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 информирован(а) о необходимости в течении 24 часов после операции соблюдать полный покой: не работать и не управлять автомобилем, не жевать и не разговаривать; соблюдать щадящую (жидкую) диету и гигиену полости рта. Я понимаю необходимость рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на его 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 рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учёта дозовых нагрузок при проведении рентгеновского обследования.

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 объёме.

Мною заданы интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснение на них. Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения о объёме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечёт для меня правовые последствия.

Я подтверждаю своё согласие на медицинское вмешательство для проведения мне хирургической операции на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____

Подпись врача: _____ / _____

Дата «__» _____ 20__ г