

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ ПРИЕМ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА, ГИГИЕНИСТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО (терапевта, хирурга, ортопеда, детского врача, ортодонта, гигиениста стоматологического)

Настоящее Добровольное согласие составлено в соответствии с приказом МЗ РФ « 1051н от 12.11.2021, со статьей 20 Федерального закона РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об Основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, (ФИО) _____, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка (ФИО, дата рождения) _____

или лица, признанного недееспособным (ФИО, дата рождения): _____

1. Я, _____, заключаю договор возмездного оказания медицинских услуг с ООО «_____», даю информированное добровольное согласие лечащему врачу, лицу, выполняющему обязанности лечащего врача, а также среднему медицинскому персоналу **выполнение необходимых и показанных мне медицинских манипуляций и вмешательств**, в том числе:

- 1.1. Сбор жалоб и анамнеза, представляющий собой сбор методом опроса пациента совокупности сведений о пациенте и его заболевании (выяснении продолжительности заболевания, остроты его начала, локализации, распространенности процесса, симптомов заболевания, семейного анамнеза, профессии, предыдущего лечения с целью установления диагноза, прогноза болезни, выбора оптимальных методов лечения и профилактики).
- 1.2. Проведение клинического обследования: внешний осмотр челюстно-лицевой области, области шеи, полости рта, обследование с помощью дополнительных методик и инструментов, в том числе:
 - 1.2.1. **пальпации** - метода медицинского обследования, основанного на осязательном ощущении, возникающем при движении и давлении пальцев или ладони ощупывающей руки для определения тканей и органов, их положения, величины, формы, консистенции, подвижности, топографических соотношений, а также болезненности;
 - 1.2.2. **перкуссии** - метода медицинского обследования, заключающегося в постукивании отдельных зубов с целью определения физического состояния и функции зуба;
 - 1.2.3. **зондирования** - метода медицинского обследования, направленного на выявление кариозных полостей, исследование тканей, окружающих зуб и (или) имплантат с применением стоматологического изогнутого под углом зонда (в том числе градуированного);
 - 1.2.4. **термодиагностики** - метода медицинского обследования, основанного на выявлении болевой реакции зуба на температурные раздражители;
 - 1.2.5. **электроодонтометрии** - метода медицинского обследования, направленного на определение степени жизнеспособности пульпы зуба;
 - 1.2.6. **витального окрашивания твердых тканей зубов** - метода медицинского обследования, заключающегося в окрашивании поверхности зубов медицинскими красителями с целью дифференциальной диагностики поражения твердых тканей зубов;
 - 1.2.7. **определения индексов гигиены** - метода медицинского обследования, направленного на контроль уровня гигиены полости рта;
 - 1.2.8. **определения пародонтальных индексов** - метода медицинского обследования, направленного на выявление заболеваний тканей, окружающих зуб;

1.2.9. **проведения антропометрических исследований** - метода медицинского обследования, представляющего собой оценку показателей физического развития с целью оценки функционального состояния зубочелюстной системы (в том числе термометрии, тонометрии, измерение артериального давления).

Проведение дополнительного исследования:

1.2.10. **выполнение рентгенологических методов обследования**, в том числе панорамной томографии, телерентгенографии, компьютерной томографии, прицельной внутривисочной рентгенографии, с целью предварительной диагностики и последующего контроля хода лечения;

1.2.11. **фотографирование и фотограмметрия** - метод, основанный на фотографировании полости рта, отдельных зубов, а также фото и видеорегистрации отдельных этапов диагностики и лечения для фиксации результатов в медицинской документации.

2. **Мне разъяснено, что выполнение показанных мне медицинских вмешательств необходимо с целью** уточнения диагноза, оценки состояния моего здоровья, определения дальнейшего хода лечения и прогноза течения заболевания, а также с целью реализации плана лечения.
3. **Мне разъяснено и понятно** содержание, характер и цели выполнения показанных мне медицинских манипуляций, включая перечисленные манипуляции и виды вмешательств.
4. **Мне разъяснено**, что в процессе оказания медицинской услуги мне может потребоваться выполнение манипуляций и вмешательств, не указанных в настоящем информированном добровольном согласии.
5. **Мне разъяснено и понятно**, что отказ от выполнения показанных мне медицинских вмешательств обуславливает невозможность своевременного получения лечащим врачом объективной диагностической информации, выявления патологического процесса, оценки степени риска развития того или иного заболевания, определения тактики лечения, что в совокупности может повлечь отказ в оказании медицинской услуги.

Подпись законного представителя несовершеннолетнего пациента,

не достигшего 15 лет: _____ / _____

(Мать, отец, опекун – *нужное подчеркнуть*) (Ф.И.О. полностью)

Подпись пациента: _____ / _____

(Ф.И.О. полностью)

Подпись врача/гигиениста стоматологического: _____ / _____

(Ф.И.О. полностью)

« _____ » _____ 20__ г.

(дата подписи)

Для повторных обращений:

№ п.п.		Дата	Диагноз	Ф.И.О. врача, подпись	Ф.И.О. пациента, подпись
1	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
2	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
3	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
4	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			