

## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

### ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

(лечение десен и мягких тканей, окружающих зубы, имплантаты)

Настоящее Добровольное согласие составлено в соответствии 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.

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

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): \_\_\_\_\_

В исключительных случаях стоматологическая клиника оставляет за собой право произвести замену лечащего врача, предварительно уведомив меня об этом.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация о сути пародонтологического лечения.

- 2.1. Диагноз: \_\_\_\_\_.
- 2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.
- 2.3. Индивидуальный рекомендованный план пародонтологического лечения и план подготовки к нему.
- 2.4. Допустимость коррекции намеченного плана и методов лечения в зависимости от клинической картины (ситуации), сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.
- 2.5. Возможные альтернативные варианты лечения, а именно: \_\_\_\_\_.
- 2.6. Возможные негативные последствия полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно (нужное добавить, ненужное вычеркнуть): прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба(ов), системные проявления заболевания.
- 2.7. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции.
- 2.8. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.
- 2.9. Возможные осложнения в процессе лечения, а именно (ненужное зачеркнуть, нужное добавить): болевые ощущения, отек десны и мягких тканей, образование гематомы, появление или усиление подвижности зуба(ов), увеличение атрофии альвеолярного отростка челюсти, обнажение корня зуба; \_\_\_\_\_

3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях, а именно: невозможность предсказания конкретного результата планируемого лечения или обозначение сроков гарантий по причине медицинской специфики пародонтологического лечения и индивидуальных особенностей организма каждого пациента.

4. Мне названы и со мной согласованы:

- 4.1. методы лечения и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;

- 4.2. сроки проведения лечения;
- 4.3. стоимость отдельных этапов (процедур) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач-стоматолог предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения может понадобиться обследование (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

6.1. рентгенологическое (получение прицельного внутриротового снимка, панорамной томограммы, телерентгенограммы, конусно-лучевой компьютерной томограммы и др.);

6.2. консультация стоматолога (ов) иного профиля: \_\_\_\_\_;

6.3. консультация у врача (ей) общего медицинского профиля: \_\_\_\_\_.

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

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, и принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

**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:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(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__			
5	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			