

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

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 хирургического лечения.

- 2.1. Диагноз: _____.
- 2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.
- 2.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения.
- 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 (зубов), 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): дискомфорт, болевые ощущения, отек (припухлость) десны и мягких тканей, образование гематомы, кровотечение, повреждение зубов и пломб, онемение губы, подбородка, десен, зубов, языка, перелом челюсти, открытие верхнечелюстной пазухи, что потребует дополнительного хирургического вмешательства для закрытия сообщения; вывих или подвывих нижней челюсти, _____;
- 2.10. Возможные **осложнения после лечения**, а именно (ненужное зачеркнуть, нужное добавить): инфекция, требующая дополнительного лечения, ограничение открывания рта в течение нескольких дней или недель, _____.

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 хирургического лечения и индивидуальных особенностей организма каждого пациента.

Санкт-Петербург

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